

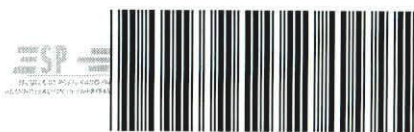
T
614
P
III PROM. 98

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TERCERA PROMOCION



DP-01361

:

**Fundamento para la Acreditación del Departamento de
Enfermería del Hospital del Niño Francisco de Icaza
Bustamante: Situación Actual, Indicadores y Estrategias**

REALIZADO POR:

Lic. Silvana Barreiro Elizalde

Lic. Leonor Mogrovejo Vera

Ec. Magdalena Molina Herrera

Lic. Estela Ortega Jaime

Dirigido por:

Lcda. María Cristina Ramos Ramos

Guayaquil, Enero de 1999

Dedicamos este trabajo de grado a todos nuestros familiares y amigos por el apoyo y confianza que nos brindaron. Por su paciencia al sufrir el abandono necesario para la realización de este postgrado.

Agradecemos a todo el personal que contribuyó para la realización del presente trabajo de manera especial al Dr. Ernesto Torres como coordinador del postgrado y a la Lic. Maria Cristina Ramos Ramos nuestra tutora.

INDICE	PAG.
ANTECEDENTES.	1
OBJETIVOS	5
MARCO TEORICO.	
CAPITULO I	
1. TEORIA DE SISTEMA.	5
1.1 ENFOQUE SISTEMICO	5
1.2 APLICACION DEL ENFOQUE SISTEMATICO EN SALUD	6
1.3 ENFOQUE SISTEMATICO EN ADMINISTRACION DE SALUD	7
1.4 SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ECUADOR	8
1.5 PROYECTO MODERNA	9
CAPITULO II	
2.- ORGANIZACIÓN	
2.1 INSTITUCIONAL	11
2.2 INSTRUMENTAL	11
2.3 COMPONENTES DE LA ORGANIZACIÓN	11
2.4 ELEMENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE UNA ORGANIZACIÓN	11
CAPITULO III	
3.- CALIDAD	
3.1 CONCEPTO.	12
3.2 DIMENSIONES DE LA CALIDAD.	12
3.3 PERSPECTIVA DEL SIGNIFICADO DE LA CALIDAD	16
3.4 GARANTIA DE LA CALIDAD	18
3.5 LOS CUATRO PRINCIPIOS DE GARANTIA DE CALIDAD	19
3.6 EL PROCESO DE LA GARANTIA DE CALIDAD	20
3.6 ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD	26
	36
3.7 EL VINCULO ENTRE LA ACREDITACION Y LA CALIDAD	27
3.8 ASISTENCIA DEL PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD EN MATERIA DE ACREDITACION	28
CAPITULO IV	
4.- GERENCIA	
4.1 CONCEPTO	30

4.2 GERENCIA ESTRATEGICA	30
4.3 PROCESO ADMINISTRATIVO	30
4.3.1 PLANEACION	33
4.3.2 ORGANIZACIÓN	36
4.3.3 DIRECCION	40
4.3.4 CONTROL	43

CAPITULO V

5.- HOSPITALES	
5.1 INTRODUCCION	46
5.2 FUNCIONES	69
5.3 HOSPITALES COMO SISTEMA GENERAL	51
5.4 CLASIFICACION DE LOS HOSPITALES	53
5.5 HOSPITALES DEL ECUADOR	54
5.6 MODELO DE ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	55

CAPITULO VI

6.- ENFERMERIA	
6.1 DEFINICION DE LA PROFESION	57
6.2.CAMPO PROFESIONAL	57
6.3.PRACTICA PROFESIONAL ALTERNATIVA	58
6.4.DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	60
6.5.SERVICIO DE ENFERMERIA	61
6.6.PROPOSITO DEL DEPARTAMENTO	61
6.7.OBJETIVO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	61
6.8.FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	63

METODOLOGIA	66
ANALISIS	67
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	80
PROPUESTA	82
INDICADORES DE ACREDITACION DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	83
ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION	86
BIBLIOGRAFIA	87

ANEXOS	
GLOSARIO	
CUADROS	

ANTECEDENTES.

En los países de América Latina y el Caribe, existe conciencia en cuanto al momento significativo de la evolución de las sociedades y las proyecciones de la situación de salud hacia los próximos años.

En varios países de la región el sector salud se ha desarrollado a lo largo de los años sin un plan regulador o concepción política que oriente las inversiones y el desarrollo de los servicios asistenciales. Por ello las políticas aplicadas tuvieron metas y resultados solo parciales no logrando la reforma o el ordenamiento de todo el sector, sino de algunas de sus partes, descuidando la evolución de la calidad de atención individual e institucional dando lugar a un incremento innecesario de los costos.

Frente a esta situación, surge como una necesidad básica el incorporar modificaciones substanciales para enfrentar el deterioro de los sistemas de salud.

Una de ellas es el actuar, directamente sobre el modelo prestado, por medio de procedimientos de evaluación periódica y reservada de la calidad de los recursos Institucionales que tienda a establecer en forma permanente la calidad de atención. Esto es la, acreditación hospitalaria.

Uno de los programas de acreditación más avanzados es el de los EEUU. De América en donde el programa ha respondido a todos los daños que se ha planteado a lo largo de estos años. Desafíos que han provenido de los gobiernos y de la Estructura interna de las comisiones mixtas de acreditación de este país.

En países como Canadá y Australia la acreditación de hospitales en una realidad bien asentada desde sus inicios; en Corea del Sur existe un programa de acreditación de hospitales totalmente establecidos aunque actualmente se lo lleva solo en hospitales principales.

En los países de la región Andina Bolivia esta impulsando el proceso de acreditación y garantía de la calidad en hospitales del país y para tal efecto ha emitido la resolución

secretarial 0329, conformando la Comisión Nacional de acreditación de Hospitales de uBolivia, constituida por organismos interinstitucionales y multiprofesionales, instancia a la que se le confiere la dirección magna de derechos y obligaciones en el proceso de normalización, acreditación y garantía en los hospitales del país.

Acreditación hospitalaria en el Ecuador se ha iniciado en el sector público para progresivamente ir cubriendo el resto de subsector del sector salud, simultáneamente se constituirá comités interinstitucionales de acreditación hospitalaria, en el Consejo Nacional de Salud.

Para iniciar un proceso de acreditación Hospitalaria es importante tener una visión panorámica de los principales problemas de la atención de Salud en el Ecuador, así como también de las potencialidades, que a pesar de la desfavorable situación se han generado, a partir de experiencias locales con clara orientación al cambio.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la acreditación de hospitales esta estrechamente vinculada con la noción de calidad total bajo ese concepto, esta estrategia esta siendo incorporada en los hospitales pilotos del país.

A lo largo de la historia de más de 350 años y en un sistema de salud estructurado de forma diversa, la enfermería se ha guiado por un objetivo principal y único, el de asegurar a la población cuidado de calidad. Hoy cuando el sistema sanitario es impulsado cada vez más por imperativos económicos básicos es importante y oportuno más que nunca reafirma ese objetivo, sobre todo considerando que el departamento de enfermería es el único que permanece alerta, en el hospital, cuidando del usuario enfermo las veinticuatro horas, todos los días del año. Igualmente estan a cargo del personal de enfermería una serie de funciones administrativas intimamente relacionadas con la atención a los usuarios como son: control de material y equipos, registros clínicos, suministros, ropa e información y orientación al cliente. Todos estos factores son componentes de la calidad del cuidado de enfermería y de los servicios de salud en general.

El Hospital del niño Francisco de Icaza Bustamante es un hospital de III nivel, cuenta con un departamento de enfermería que es parte fundamental de los servicios de salud y con su recurso humano técnica y científicamente capacitado, coadyuva en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación en los estados de salud – enfermedad en el contexto familiar, comunitario y laboral del usuario, garantizando servicios asistenciales humanos, oportunos y de calidad.

El quehacer de enfermería en su esencia y en su práctica con la concepción humanística y social que privilegia el laborar con honestidad, ética y compromiso en el desarrollo de estrategias que operativicen el modelo de salud y el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. Este hecho implica responsabilizarse de la organización de la atención de enfermería,

busca el logro de una atención en salud altamente técnica y especializada desarrollando, el proceso de atención de enfermería como herramienta básica en el desempeño, con el fin de establecer indicadores que orienten la oportunidad, eficiencia y efectividad de la gestión, al mismo tiempo que refuerza la integración docencia- asistencia- investigación, logrando una visión real de las necesidades y servicios a prestar, a través de una metodología participativa que propicie la investigación y que promueve el desarrollo personal y profesional del equipo de salud.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la situación administrativa actual del Departamento de Enfermería del hospital del Niño Francisco de Icaza Bustamante, en función de su acreditación, establecer indicadores y estrategias de aplicación .

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Evaluar la situación actual del departamento de Enfermería en los aspectos administrativos y de calidad de atención.
- 2.- Establecer indicadores para la acreditación del departamento de enfermería de un hospital pediátrico de referencia nacional.
- 3.- Proponer estrategias de acción para lograr la acreditación del departamento de enfermería como parte del proceso de acreditación del Hospital.

MARCO TEORICO.

I. TEORIA DE SISTEMAS.

1.1. EL ENFOQUE SISTEMICO

Desde el punto de vista practico es quizá preferible atenernos al enfoque sistemático aplicado a la atención de la salud, sin entrar en las conceptualizaciones de la teoría, tal como Churchman lo encara y como el mismo Bertalanfly lo expresan claramente: Es por supuesto irrelevante si las investigaciones en este sentido son explícitamente etiquetadas como teoría general del sistema o no.

El pensamiento sistemático. " Es una forma de pensamiento sobre los distintos fenómenos que permite un tratamiento lógico de los problemas complejos, considerados como un conjunto, así como la interrelación de sus componentes ",1) habiendo demostrado su utilidad a través de su aplicación en contexto muy diferentes como las exploraciones especiales, los problemas del transito urbano, objetivos militares, balance ecológico, control de la polución, entre otros

Sobre las conceptualizaciones sistémicas mas generales, cada campo estructura su propio desarrollo, siguiendo su dinámica y de acuerdo a sus características, posibilidades, líneas de fuerza, tecnología etc.

El análisis de sistema orienta hacia la utilización de distintos métodos y técnicas para la identificación de problemas, el diseño y evaluación de soluciones alternativas y la toma de decisiones en distintos problemas.

Aunque habitualmente el término análisis de sistema tiene una connotación asociada a técnicas cuantitativas y de computación aplicado a la solución de problemas donde la cuantificación es imposible e inaplicable, por supuesto que con otras técnicas, como sucede por ejemplo con el análisis político social u organizacional.

La administración sistemática permite el desarrollo de vías adecuadas para la coordinación de los programas a fin de alcanzar los objetivos establecidos.

1) Sonis Abraam, El enfoque sistémico en la Administración de Salud, pág. 122

Involucra el reconocimiento del proceso básico de una organización, un proyecto o una función, de los insumos necesarios, su proceso su transformación y su producto, identificando los flujos de materiales, energía e información, así como las interrelaciones con los subsistemas y los suprasistemas a ella vinculados.

Esta esquematización en áreas del enfoque sistémico permite al interesado orientarse frente a los estudios y publicaciones que tanta profusión alcanza es este campo y ubicarlo en el nivel adecuado, favoreciendo en consecuencia su comprensión y su utilización.

Esta posibilidad de orientación resulta de gran importancia, dada la extensa gama de sectores y disciplinas sobre el tema y las dificultades para su comprensión por parte de profesionales con responsabilidad en el sector, pero sin conocimiento especializado en Sistemología.

En el caso particular de la administración de salud, nuestro campo de interés es fundamentalmente el área de la administración sistemática.

1.2. LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE SISTEMICO EN SALUD.

Gran parte de las motivaciones que impulsaron el desarrollo del enfoque sistémico, en los últimos años y su creciente utilización está originadas en la complejidad de los procesos del mundo moderno, complejidad que favorece y hasta exige la aplicación de un enfoque que permita la visualización del conjunto de los mismos y de las interrelaciones entre los distintos elementos que lo componen así como entre ellos y los sistemas de los que forman parte. La tradicional norma de dividir el proceso en piezas y estudiarla una a una, transformada casi en dogma, al decir de Ashby se mostró insuficiente para este propósito ya que todos los fenómenos pueden ser analizados en esta forma. Surge así una corriente de pensamiento que postulan que los sistemas complejos deban de ser estudiados como tales intactos sin fragmentarlos, aceptando la complejidad como una cualidad esencial del sistema e iniciando una nueva estrategia científica.

La urgencia de encontrar soluciones para los problemas perentorios que la sociedad moderna plantea, orientó hacia la aplicación del enfoque sistemático, y lo que podría denominarse “ El estudio de los sistemas Sociales ” llena un significativo capítulo aun en pleno desarrollo, sobre todo si consideramos la importancia de su consideración como sistema abierto.

1.3. EL ENFOQUE SISTEMATICO EN LA ADMINISTRACION DE SALUD.

Los conceptos que surgen de un enfoque sistemático son particularmente útiles, dada la complejidad y diversidad de los factores que intervienen, imposible de estudiar dentro del marco conceptual de una sola disciplina: un planteamiento integral de los problemas que se presentan, encarados sin barreras disciplinarias constituye el primer paso para un análisis que conduzca a la solución de los mismos.

Otro concepto sistemático que resulta de suma utilidad para la administración de salud, es la determinación del rol que cada elemento desempeña dentro del sistema para el cumplimiento de los objetivos y en que medida el proceso básico responde a dicha finalidad.

La experiencia y la observación del campo de la salud muestra como en muchos casos, actividades que se desarrollan en diversas instituciones o programas se transforman a través del tiempo en entidades aisladas que terminan cumpliendo objetivos particulares que no contribuyen al propósito para el que fueron creados o bien se maneja en forma independiente al sistema del que forma parte.

El enfoque sistemático estableciendo un objetivo global (ej. : un programa de tuberculosis) permite analizar cada uno de sus componentes en función de su contribución al objetivo y tomando como punto de partida el proceso básico que dicho componente realiza así. Resulta posible establecer la coherencia entre los mismos y el aporte de cada uno de ellos a los objetivos fijados.

“El enfoque sistemático permite el ordenamiento entre los distintos componentes del sector y ellos pueden ser visualizados, el establecimiento de un programa regional de todo el sector salud y aun de sus interrelaciones con la sociedad de la que forman parte”²⁾.

Sistema de Salud. Es todo complejo integrado por una variedad de elementos diversos, sociales, políticos, económicos, genéticos administrativos, tecnológicos etc., con

2) Sonia Abraam, El Enfoque Sistemático en la Administración de Salud, pág. 123

interrelaciones directas e indirectas que dan por resultado un estado de bienestar bio-psico social de la población en su conjunto.

Los administradores de servicios de salud deben ser capaces de comprender como las personas y las cosas se combinan dentro de las organizaciones.

En toda organización hay tres aspectos a observar el primero es una estructura que se determina mediante un comportamiento comparable al examen físico de un paciente, el segundo es la suma de los procesos evolutivos mediante los cuales la organización se mueve en el tiempo y el tercero en su contexto ambiental.

El elemento humano es vital para una organización, la estructura física y la carta o cuadro de la organización establece de tal manera que la gente pueda adaptarse a ella, y el proceso completo dependerá de cómo trabaje la gente.

1.4. SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ECUADOR.

Conjunto de instituciones, normas, y procesos políticos jurídicos y administrativos que articulan a todas las personas naturales, jurídicas, públicas o privadas que realizan acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud como aquellas que desarrollan actividades de rehabilitación, al igual que las instituciones académicas, investigativas y organizaciones sociales que capacitan y organizan los recursos humanos destinados a ejecutar dichas acciones.

La estratificación de los sistemas de salud ecuatorianos se han producido artificialmente por grupos sociales como una probable respuesta a la indiferencia estatal y el resultado es la anarquía, fragmentación del sector de la salud en variados subsectores independientes.

Estas diferencias abismales entre grupos económicos producen desigualdades en la atención médica y determina la aparición de subsistemas separados.

El sistema fragmentado de prestación de servicios de salud está compuesto por una combinación de instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro, por el subsector no formal que cumple un importante rol especialmente en las áreas rurales y, por instituciones o entidades que de una u otra forma apoyan o intervienen en la prestación de los servicios a las personas y al médico.

La fragmentación del sistema de salud es artificial, se basa en factores económicos y no en la necesidad de la población.

“ La pobreza es el criterio de inclusión para acceder a los servicios de salud del Ministerio de salud pública, paradójicamente también la pobreza es el fenómeno que excluye de una buena atención médica a los ecuatorianos no favorecidos por la fortuna ni por ninguna protección social, debido a que los hospitales y servicios de salud del Ministerio de salud pública carecen de recursos”³). Cada una de las instituciones encasilladas horizontalmente en los pisos de nuestros servicios de salud ejercen funciones de rectoría, de regulación, de planificación, de administración, de capacitación, de financiamiento, de construcción y equipamiento de sus unidades de salud, de la adquisición de medicamento e insumos médicos y de la prestación de salud para el grupo humano específico para el que fue creado.

“ Sumadas las coberturas del MSP y del IESS (incluido el seguro social campesino) alcanza alrededor de 40% al 45% de la población del sector privado, se le atribuye una cobertura de 20% al 25%. El resto de instituciones cubrirán alrededor del 8-10% por lo tanto un porcentaje importante (aproximadamente un 30%) no tenía acceso a ningún tipo de servicios”⁴).

En el Ecuador se han registrado, sin duda progresos significativos en el campo de la salud por ej., En la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles y el mejoramiento de las actividades de la salud pública que han contribuido a disminuir los índices de mortalidad y morbilidad, los avances sin embargo, han estado por la inexistencia de políticas de salud de Estado. El sector se ha desenvuelto en medio de permanente indecisiones y una marcada discontinuidad de acciones.

De allí que el Ministerio de Salud Pública empeñado en constituir en una entidad rectora del sector salud. Se halla comprometida con la empresa para construir procesos trascendentes en torno a política de salud de Estado que se orienten a asegurar servicios de salud de calidad, sostenibles social y económicamente para que toda la población, priorizando a los más pobres.

1.5. PROYECTO MODERSA.

En este contexto se inscribe el aporte de proyecto de modernización de servicios de salud MODERSA, concebido como una herramienta de trabajo para la construcción de modelos operacionales aplicativos de políticas generales de salud.

³)Palacios Alfredo, *Propuesta Sobre reforma del sector salud en el Ecuador*, pág.4

El proyecto representa una segunda intervención del Ministerio de Salud Pública con financiamiento del Banco Mundial y se construye sobre la base del primero programa de Fortalecimiento y ampliación de los servicios Básicos de Salud en el Ecuador FASBASE.

El objetivo general del proyecto es "contribuir a expandir el acceso y mejorar la calidad y eficiencia de los servicios ambulatorios y hospitalarios, desarrollando nuevos modelos en la organización, financiamiento y gestión de los servicios de salud en provincias y municipios seleccionados". 4)

El proyecto, inicialmente concebido con una duración de 4 años, con un costo total de aproximadamente 45 millones de dólares, de los cuales 22 serían préstamos del Banco Mundial y 8 de contraparte nacional. Tiene 3 objetivos centrales.

A) Contribuir a mejorar la situación de la salud de alrededor de 27 millones de personas, incrementando su acceso a servicios integrales de salud, provistos por redes plurales integradas de atención de salud (REPLUS), de base primaria y orientación preventiva, gestionadas con activa participación de gobierno locales.

B) Modernizar y descentralizar la gestión de las REPLUS y sus establecimientos, a fin de que puedan competir por la provisión de actividades integrales de salud a conjuntos poblacionales definidos.

C) Impulsar el desarrollo de políticas de salud de Estados y la formación de una masa crítica nacional que asegure la sostenibilidad de los procesos de cambios subyacentes en el concepto de REPLUS.

II. LAS ORGANIZACIONES

El término organizaciones puede usarse en varios sentidos.

2.1. Institucional: Se refiere a una asociación específica de personas que trabajan juntas.

2.2. Instrumental: Es decir la organización como el instrumento regulador del comportamiento organizacional.

2.3. COMPONENTES DE LA ORGANIZACIÓN:

Estrategia, Estructura, Cultura y Sistema

Estrategia: Entendemos la meta de la organización y la manera en la que esta busca alcanzarla.

Estructura: Significa la división y el agrupamiento de tareas, autoridades y responsabilidades, la estructura determina la posición de los miembros de la organización y las relaciones entre ellos.

Los sistemas: Son las condiciones y acuerdos relacionados con la manera de que se manejan los procesos (de información, comunicación y toma de decisiones) y los flujos de bienes y efectivos.

La cultura se define como la suma combinada de las opiniones individuales, los valores compartidos y las normas de los miembros de la organización.

No es tan importante entender que son cada una de estos componentes sino que hacen, que efectos tienen. Pues bien, controlan en comportamiento organizacional que se desea.

2.4 ELEMENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE UNA ORGANIZACIÓN.

Los elementos necesarios para que una organización funcione son: rasgos de la organización, metas y objetivos, coordinación, procedimientos, reglas, dinero, Administración de sistemas de información, Proceso de producción, Mercadeo, acceso, necesidad demanda, precio, información, recursos, medio ambiente, dinámica del sistema.

III. CALIDAD.

3.1. ¿Qué es calidad?

La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local. Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud:

“La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.”

Dr. Avedis Donabedian, 1980

La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. ón de calidad total. El resumía la calidad de las siguiente manera: “Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”.

3.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD.

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, eficiencia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades.

a. COMPETENCIA PROFESIONAL.

La competencia profesional se refiere a la calidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de un pueblo, esa persona tiene que tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real). La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y norma para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con él diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia.

b. ACCESO A LOS SERVICIOS.

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organización, cultura, o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impide al cliente recibir atención. El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos puestos crean barreras para el uso de los mismos.

c. EFICACIA.

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. La evaluación de la eficiencia debe responder a las preguntas: Cuándo el tratamiento se aplica correctamente, ¿Produce los resultados deseados? Y ¿Es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio? La eficiencia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central se definen las normas y especificaciones. Los temas relacionados con la eficacia también son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden cómo aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales. Cuando determinan qué normas deben aplicar en una situación dada, hay que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento médico.

d. SATISFACCION DEL CLIENTE.

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación proveedor-cliente, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestra por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión, y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

e. EFICIENCIA.

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios

eficientes son los que suministran atención óptima al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio con los recursos que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se reduzca o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serían eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo que reducen los costos.

f. CONTINUIDAD.

La continuidad implica que el cliente puede recibir los servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones de evaluación, diagnósticos o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor, que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda. A veces, la continuidad se logra asegurándose que los clientes visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones se logra mediante el mantenimiento de registros médicos bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente y puede basarse y complementar el diagnóstico y tratamiento de proveedores anteriores.

h. SEGURIDAD.

La seguridad, como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgo. Por ejemplo, la seguridad es un aspecto importante de la calidad con respecto a las transfusiones de sangre, pero particularmente desde la presencia del SIDA. Los pacientes deben estar protegidos contra las infecciones y los trabajadores de salud que manejan sangre y jeringas también deben protegerse fijando y utilizando procedimientos

seguros. Otros aspectos de seguridad relacionados con las transfusiones de sangre comprenden las condiciones asépticas y la técnica para efectuar la transfusión. Si bien la seguridad pareciera revestir mayor importancia cuando se presenta servicios clínicos complejos, existen también aspectos relativos de seguridad a la prestación de los servicios básicos de salud.

i. COMODIDADES.

Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tiene el paciente y la confianza que siendo con relación a otros aspectos del servicio o producto. Además, cuando se considera la recuperación de costos, las comodidades pueden servir para que los pacientes estén dispuestos a pagar por los servicios. Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como las comodidades lugares confortable limpieza y la privacidad.

3.3. PERSPECTIVAS DEL SIGNIFICADO DE CALIDAD.

¿Qué significa la atención de calidad de salud para las comunidades y los pacientes que dependen de ella, los clínicos que la suministran y los gerentes y administradores que la supervisan?

a. EL PACIENTE.

Para los pacientes particulares o las comunidades que reciben atención por parte de estos establecimientos de salud, la atención satisface sus necesidades percibidas, se presta de manera cortés y en el momento en que se necesita. Desean servicios que alivie los síntomas en forma eficaz y prevengan las enfermedades. La perspectiva del

paciente es muy importante porque es probable que los clientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud primaria. Es por ese motivo que, a diferencia de las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del cliente afecta la salud y el bienestar de la comunidad.

Los pacientes y las comunidades a menudo se concentran en la eficacia, la accesibilidad, las relaciones interpersonales, la continuidad y las comodidades como los aspectos más importantes que la calidad tiene para ellos.

b. LOS MIEMBROS DE SERVICIOS DE SALUD.

Para los miembros de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad, de acuerdo a normas establecidas, técnicas actuales y los recursos con los que se cuenta. El compromiso y la motivación del proveedor dependen de la capacidad para llevar a cabo su vocación de manera ideal u óptima. Los miembros del grupo de salud tienden a concentrarse en la competencia profesional, la eficacia y la seguridad. Las preguntas clave que se podrían formular son las siguientes: ¿A cuántos pacientes por hora deben atender los proveedores? ¿Qué servicios de laboratorio tienen a su disposición y qué tan preciosos, eficaces y confiables son? ¿Qué sistemas de referencia existen cuando se necesitan los servicios de un especialista o una mayor tecnología? ¿Son adecuadas las condiciones físicas y sanitarias de trabajo como para garantizar la privacidad de los pacientes y un ambiente profesional para el encuentro? ¿Tiene la farmacia un suministro confiable de todos los medicamentos que necesitan? ¿Existen oportunidades para brindar educación médica continua?

c. EL ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

Los gerentes o administrador de los servicios de salud rara vez participan en la prestación de servicios de atención, pero la atención de calidad es importante en su trabajo diario. La variedad de las demandas de supervisión, administración, logística, financiera y asignación de los escasos recursos presentan muchos retos y crisis inesperadas. Esto puede hacer que un gerente no tenga una idea clara del propósito ni de

las prioridades clínicas. Para un gerente, la concentración en la calidad puede ayudarle a organizar la administración del personal, el mejor flujo de los pacientes y el acceso de servicios a la comunidad. Los administradores de los servicios de salud tienden a pensar que el acceso, la eficacia, la competencia profesional y la eficiencia son los aspectos más importantes de la calidad.

3.4. ¿Qué es la garantía de calidad?

A medida que progresa y evoluciona el campo de garantía de calidad, han surgido diversas definiciones. El Dr. Avedis Donabedian, la define en términos amplios como el " conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención ". Los doctores Ruelas y Frenk que han trabajado extensamente en el campo de la garantía de calidad en México la definen como un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistemas en particular. De acuerdo a la Dra. Lleather Palmer, experta en garantía de calidad de atención ambulatoria de los Estados Unidos, la garantía de calidad es un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adaptación de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora. Se trata se una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición. El doctor Donald Berwick, médico clínico de los Estados Unidos, está tratando de aplicar principios de administración de calidad total (ACT) a los servicios de salud. La ACT es un enfoque organizacional integrado, para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, lo que comprende la participación de la administración y del personal para mejorar los procesos y servicios mediante el uso de técnicas cuantitativas e instrumentos analíticos. De acuerdo con esta filosofía, la mejora continua de la calidad es..... un programa independiente de supervisión destinados a asegurar que existan todas las actividades de calidad necesarias y que sean de una eficacia óptima; que los resultados de las actividades de calidad constante y comuniquen, entiendan y faciliten en forma positiva.

3.5.LOS CUATRO PRINCIPIOS DE GARANTIA DE CALIDAD.

La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.

La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.

La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.

La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve. La garantía de calidad exige un compromiso para determinar qué necesitan los pacientes y la comunidad, qué esperan de los servicios de salud. El equipo de salud tiene que trabajar con las comunidades para satisfacer las demandas y promover la aceptación de los servicios preventivos necesarios. La planificación de programas y los esfuerzos subsiguientes de mejora de calidad deben evaluarse de acuerdo con estas necesidades y expectativas. Además, la garantía de calidad también requiere que se satisfagan las necesidades y expectativas de los trabajadores de salud que prestan los servicios de atención .

La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios. Al enfocar el análisis de los procesos de prestación de servicios, las actividades y tareas, así como los resultados, los enfoques de garantía de calidad permiten a los proveedores de atención de salud y a los directivos una comprensión plena del problema y analizar sus causas a fondo. En lugar de tratar solo los síntomas de un problema, la garantía de calidad busca una cura. En los estados avanzados de un programa de GC, el equipo del centro de salud puede todavía ir más lejos por medio de un análisis de los procesos y prevenir los problemas.

La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios. Otro aspecto importante de la garantía de calidad son las técnicas cuantitativas para el análisis y la supervisión de problemas. Este enfoque nos orienta hacia la información sirve para que el equipo de GC pruebe sus teorías sobre las causas

de fondo- la solución eficaz de los problemas debe basarse en los hechos, no en las suposiciones.

La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad. La participación del personal y el uso de enfoque de equipo, cuando corresponda, son esenciales para la garantía de calidad. Las perspectivas de participación ofrecen dos ventajas. En primer lugar, el producto técnico de un proceso participativo es probable que sea de calidad ya que cada uno de los miembros del equipo aporta perspectiva e información originales al esfuerzo de mejora de la calidad. El trabajo en equipo posibilita un análisis completo del problema y una solución factible. En segundo lugar, es probable que la gente acepte y respalde los cambios que surgiría. Por ende, la participación general el consenso, reduce la resistencia que normalmente se experimenta cuando se inician cambios institucionales.

3.6. EL PROCESO DE GARANTIA DE CALIDAD.

El modelo de mejoramiento de calidad formulado por el Proyecto de Garantía de Calidad tiene por objeto integrar los aspectos positivos de varios modelos en un proceso lógico y sencillo para la planificación y ejecución de las actividades de GC. Al igual que los modelos anteriores, el proyecto de Garantía de Calidad definen normas, realiza una evaluación, colabora con los proveedores de atención de salud en forma cooperativa, adopta medidas con base en la evaluación y vigilancia de los resultados.

EL PROCESO DE GARANTIA DE CALIDAD DEL PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

3.6.1. - PLANIFICACION DE LA GARANTIA DE CALIDAD:

Este primer paso de la garantía de calidad prepara una organización para llevar a cabo actividades correspondientes. la planificación de la GC se inicia con un análisis del alcance de atención de la organización para determinar qué servicios debe encarar el esfuerzo de GC. en la mayoría de las organizaciones no es posible mejorar la calidad en todos los aspectos a la vez. en cambio las actividades de la GC comienzan con unos pocos aspectos críticos. a menudo se escogen los servicios de alta prioridad, de

elevado volumen de atención o propensos a generar problema para darles especial atención al iniciar el programa de GC.

Una vez que los directivos de la organización hallan decidido donde iniciara el esfuerzo de GC deben también decidir que tipo de actividades se realizara. Concentrándose en la vigilancia de resultados deseados como adverso apoyo estadístico a los procesos para determinar cuales esferas pueden mejorar. otro componente de la planificación es la asignación de funciones para las actividades de GC. el mismo que comprende la formación de un comité de GC o la selección y formación de un equipo ad honorem que será responsable de las actividades iniciales.

Si la misión del programa no es clara o no permite atender las necesidades comunitarias, o si la planificación global de la organización es débil, la o planificación estratégica podría ser necesaria en esta fase o comenzar a definir las actividades de la organización. Este proceso resulta en una acción clara de lo que tiene que hacer la organización para lograr su misión en vista del medio interno y externo. luego se puede determinar las prioridades de GC con base en la misión y la visión

3.6.2-FIJACION DE NORMAS Y ESPECIFICACIONES.

A fin de apreciar servicios de primera calidad en forma constante, una organización tiene que traducir sus metas y objetivos programáticos en procedimientos de operación. En el sentido más amplio, una " norma " constituye una descripción de la calidad que se espera. en el rubro general de normas se puede mencionar las pautas de práctica profesional, los protocolos clínicos, los procedimientos administrativos u operativos, las especificaciones de los productos y las normas de cumplimiento.

3.6.3.-COMUNICACION DE NORMAS Y ESPECIFICACIONES.

Una vez que el programa haya definido las normas, es esencial que estas se comuniquen a todo el personal y así cada trabajador de salud, supervisor, gerente y miembros de personal de apoyo entiendan que es lo que se espera de ellos. Esto resulta especialmente importante si la capacitación y la supervisión cotidiana han sido flojas o si las normas han cambiado recientemente.

3.6.4.-VIGILANCIA DE LA CALIDAD.

La vigilancia es la y revisión cotidiana de la información que sirve para evaluar si se cumple las normas, programas. Mediante la vigilancia de una serie de indicadores clave, los directivos y supervisores pueden determinar si los servicios prestados siguen la norma fijada y obtienen los resultados deseados. La garantía de calidad aporta una nueva orientación de procesos que tiene profundas repercusiones en la vigilancia y recolección de datos en los países en desarrollo.

3.6.5.-IDENTIFICACION DE PROBLEMAS Y OPORTUNIDAD DE MEJORAS.

Los campos problemáticos y otras oportunidades de mejora pueden identificarse por medio de las actividades de vigilancia y evaluación. En ausencia de sistemas eficaces o como cumplimiento de ellos, pueden realizarse encuesta especiales a pacientes y comunidades, o instrumentar actividades de evaluación integrales tales como la metodología de análisis de sistema elaborada por el PRICOR II. Dichos estudios indican problemas específicos de prestación de servicios que requieren atención. Otras formas de identificar oportunidad de mejoras comprenden la solicitud a los trabajadores de salud, realización de análisis de procesos de sistemas, revisión de las reacciones o insatisfacción de los pacientes y generación de ideas por medio de reuniones u otras técnicas grupales para generar ideas y fijar prioridades. El empleo de un enfoque participativo para la identificación de problemas ofrece varias ventajas. Primero, la calidad de la evaluación y del análisis preliminar es probable que sea superior debido a que quienes intervienen en forma directa con los procesos son participantes. En segundo lugar, es probable que los miembros del personal contribuyen a las actividades de GC y ofrezcan su cooperación si participan en la identificación de problemas.

Después de identificar una serie de problemas, el equipo debe fijar sus prioridades para mejorar la calidad, eligiendo uno o dos campos de problema, en los que concentrara sus esfuerzos de mejoramiento de calidad. Los criterios de selección de problemas variar de un programa a otro. Dos principios importantes deben orientar este proceso. El equipo debe compartir los criterios ya que sin reflejo de las prioridades de cualquiera de las

personas participantes. También, los criterios deben ser explícitos de manera que el proceso de toma de decisiones sea en lo posible lo más objetivo y completo

Los criterios podrían incluir la factibilidad de analizar el problema, el impacto potencial de mejorar la calidad de salud de la población o los recursos que pueden necesitar para solucionar el problema.

3.6.6.-DEFINICION DEL PROBLEMA OPERACIONAL

Una vez que se haya escogido, es importante que se defina en términos operacionales como una brecha entre el desempeño real y el establecimiento de normas y pautas. El enunciado del problema debe indicar de que se trata y como se manifiesta. Debe aclarar donde comienza y donde termina, y cuando este solucionado. La elaboración del enunciado de un problema es un paso crucial en el proceso de garantía de calidad y su simplicidad aparente es engañosa. A menudo, la formulación inicial del problema comprende solamente la causa de este. Algunas veces son demasiado generales para permitir medidas concretas de cumplimiento, debe relacionarse en forma explícita con la calidad de la atención de salud a la población. tienen que referirse a procesos específicos de manera que este bien concreto y pueda medirse el progreso.

3.6.7.-SELECCIÓN DEL EQUIPO

Una vez utilizado el enfoque participativo para seleccionar y definir un problema, debe asignarse un equipo pequeño para analizar un problema específico. Dicho equipo llevara a cabo los siguientes pasos: 1) el análisis y el estudio del problema, 2) la elaboración del plan para mejorar la calidad y 3) la ejecución y evaluación de la gestión de mejoramiento de calidad. El equipo debe estar constituidos por algunos participantes de las áreas donde se encuentra el problema, así como por otras personas que contribuyen administrando suministrado insumo o recursos. Esto asegura la participación de quienes tienen más conocimientos del proceso y la consideración de las limitaciones y perspectivas de quienes apoyan o reciben el servicio.

3.6.8.-ANALISIS Y ESTUDIO DEL PROBLEMA PARA IDENTIFICAR LAS CAUSAS DE FONDO

Para lograr una mejora de calidad sustancial y continua, es importante comprender el problema y sus causas de fondo. Dada la complejidad de la prestación del servicio de salud, la identificación precisa de las causas exige un estudio sistemático y un análisis profundo. Los instrumentos analíticos como el modelo del sistema, el flujograma y el diagrama de causa y efecto pueden utilizarse para analizar el proceso o problema. Una vez que se identifican varias de las posibles causas, debe hacerse un esfuerzo por determinar cuáles ocasionan la mayoría de los problemas. A menudo, dos o tres de las causas críticas, pueden lograr un importante impacto con un mínimo esfuerzo.

3.6.9.-ELABORACION DE SOLUCIONES Y MEDIDAS DE MEJORAS DE CALIDAD.

Una vez realizada una evaluación completa del problema y sus causas, el equipo debe estar listo para adoptar medidas a fin de analizar el problema y mejorar la calidad. Esto comprende la elaboración y evaluación de posibles soluciones. que debe seguir siendo un esfuerzo del equipo, a menos que el procedimiento en cuestión sea la responsabilidad exclusiva de una persona. Puede ser importante cambiar la composición del equipo para hacer participe a quienes tengan la responsabilidad de los problemas relacionados con la causa de fondo.

Las soluciones a los problemas de calidad o las medidas para mejorar, pueden adoptar una variedad de formas. Algunas soluciones pueden ser muy directas y fáciles de resolver. Por ejemplo, puede resultar tan sencillo como recordar las normas de orientación clínica o los estándares de procedimiento operativo al personal, por medio de la supervisión o la capacitación. A menudo las soluciones y mejoras tienen sus raíces en los sistemas de administración tales como supervisión, capacitación o logística. Las soluciones adoptan forma de instrumentos de trabajo u otros que se vuelven parte del proceso de prestación de servicios para suministrar información y reducir el error o la variación.

Sin embargo, algunos problemas son más difíciles de solucionar porque requiere una re elaboración, o porque se prevé que los esfuerzos destinados analizarlos se encontraran con la resistencia del personal. En tales casos, será necesario proceder al rediseño de un

proceso o sistema y un plan de ejecución, concebido cuidadosamente, para poder cambiar y mejorar el servicio. Los medios como los diagramas de flujo y las matrices de diseño pueden resultar útiles para la elaboración de soluciones que se basen en los aspectos de las prácticas existentes y que tengan en cuenta los requisitos de los clientes.

Una vez que el equipo tenga identificado los escasos prioritarios, se elabora una lista de posibles soluciones. La selección a partir de varias causas debe basarse en un examen de los costos potenciales y la eficacia de las operaciones para maximizar el impacto del problema.

3.6.10.-EJECUCION Y EVALUACION DE ACTIVIDADES DE MEJORA DE CALIDAD.

La ejecución de la mejora de calidad exige una planificación cuidadosa. El equipo tiene que decir quien estará encargado y determinar los recursos necesarios y el tiempo requerido. También tiene que decidir si la ejecución debe empezar con una prueba piloto en un campo limitado o si se debe proyectar en una escala más grande. Si la solución exige recursos substanciales o si existe mucha incertidumbre sobre su eficacia, amerita un proyecto piloto.

El equipo debe seleccionar indicadores para verificar si las soluciones son efectivas. Los indicadores deben escogerse para determinar si la solución se ejecuto en forma correcta y si resolvió el problema que estaba diseñada a solucionar. la vigilancia debe comenzar cuando el plan de mejora de calidad este instrumentado y debe seguir hasta que la solución demuestre ser eficaz y continua o ineficaz y se abandone o modifique. En ese momento, solamente debe seguir una vigilancia mínima para mantener los esfuerzos de vigilancia global manejables. Las soluciones deben modificarse o revisarse en la medida en que sea necesario y los resultados tiene que documentarse plenamente incluyendo las experiencias adquiridas en el proceso de ejecución.

Una vez que la solución haya demostrado ser eficaz, el nuevo proceso se tiene que codificar y diseminar de manera que otros puedan aprender de la experiencia. El equipo de garantía de calidad también debe hacer planes para identificar un nuevo problema ya

sea por medio del proceso de equipo, o de información generada por el sistema de vigilancia integral, si hay uno establecido.

Entonces, el equipo puede repetir el ciclo de mejora de calidad.

3.7. ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD.

Un programa de garantía de calidad es una serie integral de actividades de mejora y evaluación de calidad que se incorpora a las funciones clínicas y administrativas de rutina de las organizaciones y resulta en una mejora continua del desempeño de estas últimas. A medida que las organizaciones de atención de salud aprende más sobre el proceso de garantía de calidad, es probable que descubran que algunas de las actividades que ya están realizando se relacionan con la mejora de calidad. De hecho, la mayoría de las organizaciones suministran una base sobre la cual se rige todo el programa y el personal puede realizar sus actividades preexistentes relacionadas con la calidad de una manera más detallada.

Existen dos enfoques distintos en la creación de un programa de garantía de calidad. Unos se llaman estrategia integral de GC y el otro puede llamarse una estrategia orientada hacia el problema. Los dos se contrastarán aquí para suministrar un panorama amplio de la gama de opciones estratégicas con las que cuentan los directivos de programas. En la práctica, la mayoría de las organizaciones deseará combinar estos enfoques en la medida en que se introduzca la garantía de calidad.

En el enfoque integral, las políticas, procedimientos y los procesos de garantía de calidad se instrumentan a la vez, comenzando seleccionando a los miembros del comité aquellos que están en altas posiciones como Director, Jefe de División y desplazándose hacia abajo en la estructura organizacional. Normalmente, un enfoque integral primero desarrolla un amplio esfuerzo de capacitación y una evaluación global de atención de salud y servicios de apoyo. Esta evaluación puede realizarse por medio del sistema de información administrativa existente o puede exigir la elaboración de un sistema de vigilancia que cubra todo los servicios.

ACTIVIDADES CLAVES EN LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD

Promover el compromiso con la calidad

Realizar una revisión preliminar de actividades relacionadas con la Garantía de Calidad

Definir el propósito y la visión del esfuerzo del Programa de Garantía de Calidad

Determinar el nivel y el alcance de las actividades iniciales de Garantía de calidad

Asignar responsabilidad de Garantía de Calidad.

Asignar recursos para la Garantía de Calidad.

Redactar un plan de Garantía de Calidad.

Reformar las técnicas de Garantía de Calidad y los sistemas críticos de administración

Divulgar las experiencias de Garantía de Calidad.

Administrar el camino

3.8. EL VINCULO ENTRE LA ACREDITACION Y LA CALIDAD.

La acreditación es el proceso de evaluar los establecimientos de salud de acuerdo con el conjunto de normas que describen las actividades y estructuras que contribuyen directamente a los resultados deseados para los pacientes. Estas normas proporcionan una guía para alcanzar el más alto nivel de calidad posible para la atención, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Cuando un hospital cumple con estas normas de calidad, o las supera, obtiene el honor de la acreditación, la cual es, por lo general, voluntaria.

Se debe implementar un método cooperativo para la creación de normas de acreditación. El enfoque que adopta un país para la formulación de normas nacionales de calidad debe basarse en los siguientes principios básicos:

Las normas garantizarán que los cambios hechos en el sistema de prestación de servicios representan mejoras en la atención de los pacientes;

Los objetivos simples en pro del paciente estarán implícitos en las normas;

Las normas responderán a los intereses de todas las partes afectadas.

El reciente enfoque adoptado por la Joint Commission [Comisión Conjunta] para la formulación de normas combina algunos principios básicos del mejoramiento constante de la calidad y gestión total de la calidad con algunos principios básicos implementando en empresas y negocios. Estos principios se concentran en el cliente y se basan en la premisa de que, para mejorar los resultados, se debe mejorar los resultados y se debe evaluar el desempeño individual en el contexto de los sistemas en los que operan.

Además, un enfoque de mejoramiento constante de la calidad en las normas de acreditación requiere que los procesos de prestación de servicios estén bien diseñados y que se mida y evalúe la forma en que funcionan a fin de mejorar la eficacia y la eficiencia de la prestación de la atención. El valor del uso de normas buenas incluye los siguientes:

- Presta apoyo al buen desempeño de los profesionales.
- Introduce nuevas ideas para mejoras;
- Las normas son objetivas y mensurables;
- Las normas son factibles con los recursos disponibles;
- Las normas son adaptables a distintas instituciones y culturas;
- Las normas demuestran autonomía, flexibilidad y creatividad;
- Se mejora la calidad de la atención que presta a los pacientes;
- Se reducen los costos;
- Aumenta la eficiencia;
- Acrecienta la confianza del público.
- Mejora los servicios de gestión de la salud;
- Aumenta la participación del personal médico.

3.9. ASISTENCIA DEL PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD EN MATERIA DE ACREDITACION.

El Programa de Garantía de la Calidad ofrece la oportunidad de encarar la acreditación a través de actividades de investigación, programas de capacitación o "ejerciendo influencia sobre la calidad de la atención a través de un proceso regulador". La creación de un programa de acreditación en colaboración con otros proyectos de la Agencia Internacional para el Desarrollo que ejecuta los Estados Unidos de Norteamérica puede

consolidar las actividades de Garantía de calidad y de Mejoramiento de la calidad que ya se hayan iniciado o que estén por implementarse. Los requisitos de un programa acertado tienen que ser los siguientes: Ser específico en términos culturales, responder a una agenda política, tener objetivos claros, y Prestar apoyo al deseo de los profesionales de salud de aprender otras formas de mejorar.

Los programas de acreditación tendrán en cuenta estos componentes críticos. Además, el proceso de crear programas de acreditación incluye normalmente los elementos de capacitación y/o investigación que se mencionaron antes. Los países en que el Programa de Garantía de la Calidad trabaja en el área de acreditación abarcan los siguientes:

ECUADOR: Se ha solicitado a la Joint Commission International que preste asistencia al Ministerio de Salud de Ecuador para planificar un método de desarrollo de un sistema de evaluación y vigilancia, para su sistema de prestación de servicios de salud.

IV. GERENCIA:

1. Gerencia Concepto.- La Gerencia es la organización de los recursos de una organización sean estos humanos, materiales, financieros, información y de tiempo, para producir bienes y servicios.

La Gerencia puede definirse también como la formulación, ejecución y evolución de acciones que permitan que una organización logre sus objetivos.

2. GERENCIA ESTRATEGICA CONCEPTO:

GERENCIA ESTRATEGICA: Es un proceso apasionante que permite a una organización ser proactiva en vez de reactiva en la formulación de su futuro, es un enfoque práctico para el estudio y la aplicación de sus técnicas y conceptos.

2.1 ESTRATEGAS: Son individuos responsables del éxito o proceso de una empresa, ello tiene diferentes títulos y debido a que los estrategas son seres humanos, ellos difieren en sus actitudes, valores, sentidos de ética deseo de asumir riesgos preocupaciones de responsabilidad social, preocupación por el corto plazo y estilo gerente.

Finalmente, la mayor parte de la carga para lograr metas sociales recae y debe recaer en gerentes de mediano y bajo nivel, pero a estos se les puede pedir que logren amplios objetivos sociales siendo cada vez más importante para los estrategas comprender que las empresas pueden cumplir con sus responsabilidades sociales de la mejor manera convirtiendo estas obligaciones en oportunidades de interés propios.

ETAPAS EN PROCESO DE GERENCIA ESTRATEGICAS

CONCEPTO DE ESTRATEGIA: Es un proceso apasionante que permite a una organización ser productiva en ves de reactivar en la formulación de su futuro. Un modelo de gerencia estratégica podría ser un enfoque práctico para el estudio y aplicación de sus técnicas y conceptos definir los pasos básicos y los términos que la comprenden con ejemplo de la vida cotidiana, en proceso es un intento de reproducir lo que sucede en la mente de un planificado intuitivo brillante.

Formulación de las estrategias.

La función de las estrategias pueden definirse como el proceso conducente a la fijación de la misión, llevando a cabo una investigación con el objeto de establecer las debilidades, fortaleza, oportunidades y amenazas externas, realizando análisis que comprenden factores internos y externos fijando objetivos y estrategias para la empresa.

Misión. Como termino clave debemos de definir la misión formulación de un propósito duradero es lo que distingue a una empresa de otras parecidas. Una formulación de la misión identifica el alcance de las operaciones de una empresa en los aspectos de producto y del mercado, incorpora la filosofía de las estrategias de una organización. Revela el concepto de una organización, su principal servicio o producto y las necesidades principales del cliente que la firma posee satisfacer.

Entender que es un hospital y lo que ha sido es un primer paso para determinar a donde va a donde debería de ir. En situación de planificación esto implica una valoración de la misión actual de los hospitales y de sus metas a largo plazo, sus estrategias actuales y sus políticas, sus practicas y sus orientaciones.

2.2 FORTALEZAS INTERNAS: Se refiere a las actividades internas de una organización que se lleva a cabo especialmente bien las funciones de Gerencia, mercadeo, finanzas, producción, investigación y desarrollo de un negocio deben de auditarse o examinarse con el objeto de identificar y evaluar fortaleza internas de especial importancia. Hoy en día las Empresas sin animo de lucro buscan al momento sacar provecho de las fortalezas internas, estableciendo un enfoque de gerencia estratégica para la toma de decisiones.

2.3 DEBILIDADES INTERNAS: Es un termino que se refiere a las actividades de gerencia, mercadeo, finanzas, producción e investigación y desarrollo que limita o inhiben el éxito general de una organización, mejorando las áreas con debilidades internas.

2.4 OPORTUNIDADES EXTERNAS: Se refiere a la tendencia económica, sociales, políticas, tecnológicas, y competitiva, así como hechos que podrían de forma significativa beneficiar a una organización en el futuro. En todas las fuentes de la sociedad ocurren ahora cambios masivos. Dichos cambios crean un tipo diferente de consumidor, y como consecuencias necesita de diversos tipos de productos, servicios t estrategias. Además de las tendencias ambientales, las oportunidades externas incluyen hechos que suceden una vez tales como la aprobación de una ley, la decisión sobre un nuevo producto realizada por un competidor, o algún adelanto tecnológico. Un dogma básico de la gerencia estratégica es la empresa deben de formular estratégicas para aprovechar las oportunidades externas.

2.5 AMENAZAS EXTERNAS: Las amenazas externas son totalmente opuesto a lo anterior, consisten ellos en tendencias económicas, sociales, políticas y competitivas, así como hechos que son potencialmente dañinas para la posición competitiva presente o futura de la organización.

Las organizaciones exitosas crean estrategias que sirven para contrarrestar el impacto de las amenazas externas.

Depende de la situación si se hace una valoración de las fortalezas, las debilidades los peligros y oportunidades ambientales en un retiro, habrá poca información y no dispondrá del tiempo suficiente para un análisis profundo. Los participantes deberían basarse en sus propios impresiones y experiencias o en informar de la gerencia y de los representantes del equipo médico presentes en las sesiones de trabajo. Algunos hospitales dedican cada año una o varias secciones ordinarios del concejo a una presentación y un análisis del entorno y sus implicaciones para el hospital.

3.PROCESO ADMINISTRATIVO

Es un proceso de planeación, organización, dirección y control del Trabajo de los miembros de la organización y de utilizar todos los recursos disponibles de la empresa para alcanzar los objetivos organizacionales establecidos.

MODELOS ADMINISTRATIVOS:

Partiendo de la premisa de que el objetivo de la administración es la acción organizacional, las cinco variables básicas de la teoría administrativa son:

Tareas y funciones de los integrantes

Estructura de la organización

Personas

Tecnología

Ambientes.

Los modelos administrativos caracterizan sus enfoques por el énfasis en las variables mencionadas, los conceptos de la materia, la concepción de hombre, las conductas esperadas, la incentivación, la relación de objetivos de la organización con los individuos o grupales y las metas de aplicación de los enfoques así tenemos los modelos: a) clásicos, b) neoclásicos, c) burocrático d) estructural, e) comportamental, f) sistémico y g) contingencial.

ETAPAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO.

3.1. PLANEACION.

CONCEPTO: Es la primera etapa del proceso administrativo en la que en base del conocimiento de la realidad mediante el diagnóstico de la situación se plantean objetivos planes y programas que requieren los objetivos organizacionales.

3.1.1. DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO. El diagnóstico situacional se convierte en diagnóstico administrativo para ello es imprescindible aplicar el método científico. Ya que el análisis solo es posible con datos fidedignos.

ASPECTOS POR CONSIDERAR AL ELABORAR EL DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO.

1. Análisis de objetivos organizacionales
2. Análisis de recursos y necesidades.
3. Análisis de factores ambientales que influyen en la estructura de organización.
4. Determinar alternativas de solución viables.

3.1.2 .PASOS A SEGUIR PARA ELABORAR EL DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO.

1. Descripción del estado actual de la organización .
2. Planteamiento de hipótesis.
3. Investigación.
4. Análisis de resultados.
5. Determinación de soluciones.

3.2.ELABORACION DE PLANES Y PROGRAMAS.

El diagnóstico administrativo señala opciones y alternativas que deben ser presentadas en planes de trabajo. Al elaborar estos, es importante considerar los principios de la planeación.

3.2.1. PRINCIPIOS DE LA PLANEACION.

OBJETIVIDAD. Tomar como base de la planeación los aspectos o hechos mostrados por la investigación.

PRECISION. La exactitud de las acciones planteadas permite la ejecución de las acciones concretas.

FLEXIBILIDAD. Prevé en los planes ciertos márgenes, para cambios e imprevistos, que permita hacer adaptaciones sin tener que modificar el plan.

COORDINACION. La difusión y el establecimiento de la participación de los involucrados permiten hacer planes realistas.

El diagnóstico administrativo es el paso de transición para elaborar los planes y programas. Se cuenta con diversas teorías sobre los tipos de planeación: la administración por objetivos describe la planeación táctica y la planeación estratégica.

PLANEACION ESTRATEGICA Y TACTICA.

PLANEACION ESTRATEGICA.

Se refiere a la forma en la cual una empresa puede lograr los objetivos generales. Las estrategias son decisiones de la alta gerencia.

Puede considerarse los planes estratégicos como aquellos que determinan las políticas generales de acción. Prevén el futuro de la empresa con datos del presente: por ello, su base radica en el diagnóstico administrativo. Los planes estratégicos son a largo plazo Requieren tomar decisiones con respecto a: objetivos de la empresa, actividades y funciones, mercado, inversiones, tecnología y desarrollo de la empresa.

PLANEACION TACTICA.

se refiere a la forma de aplicar los Planes estratégicos y considera: la estructura de organización, los productos o servicios, recursos y distribución de trabajo.

La planeación estratégica es a largo plazo, la táctica a corto plazo. Los planes tácticos operacionalizan y hacen funcionales a los planes estratégicos.

ASPECTOS A CONSIDERAR AL ELABORAR PLANES.

Al elabora planes tanto estratégicos como tácticos, su diseño debe incluir: políticas generales, diagnósticos administrativos, objetivos y metas, estructura y organización para su ejecución, distribución de actividades y funciones, evaluación de alcance, cronograma o diagrama de utilización de tiempo, camino crítico, técnicas de evaluación

3.2. ORGANIZACIÓN.

Proceso para ordenar y distribuir la autoridad y los recursos entre ellos miembros de una organización de tal manera que estos puedan alcanzar las metas de la organización.

Se consideran 2 tipos de organización en las empresas :la organización informal y la Formal.

ORGANIZACION INFORMAL.

La organización informal tiene su origen en la necesidad de las personas de relacionarse con un grupo específico, en el cual cada persona tiene un papel que le satisface: además, el grupo elegido tiene intereses comunes.

En las empresas, los grupos informales son propiciados por la interacción constante, los movimientos del personal, los periodos de descanso, el ambiente físico y la necesidad humana de establecer vínculos afectivos.

ORGANIZACIÓN FORMAL.

Según Hicks una organización es un proceso estructurado en el cual interactúan personas para alcanzar los objetivos.

La época actual considera al elemento humano como el núcleo de las organizaciones: de esta forma, los aspectos que conforman la organización formal son los siguientes.

ELEMENTOS DE LA ORGANIZACIÓN FORMAL.

Los elementos de una organización formal son :División del trabajo, definición de funciones y actividades, establecimientos de jerarquías, determinación de sistemas de organización, establecimiento de la comunicación, determinación de normas y reglamentos.

Cuando los elementos de la organización formal no son definidos con claridad o cuando no se establecen algunos de ellos, pueden ocasionarse deficiencias en la estructura formal.

MANIFESTACION DE UNA ORGANIZACIÓN FORMAL DEFICIENTE.

Una organización deficiente se manifiesta por funciones mal definidas, objetivos sin lograr, aumento de conflictos, autoridad y responsabilidad indefinidas, ineficiencia , baja productividad, desperdicio y sub utilización de recursos, aumento de costos, baja proyección social.

TIPOS DE ORGANIZACION FORMAL.

Los tipos de organización formal definidos en la teoría clásica y redefinido por la teoría neoclásica son:.

- *Organización lineal.
- *Organización funcional.
- *Organización lineo funcional.
- *Organización por comité.

ORGANIZACIÓN LINEAL. La organización lineal se estructura por líneas directa de mando. La organización lineal es simple, ideal para organizaciones pequeñas, con centralización del mando y controles rígidos. su gráfico es piramidal es decir la autoridad fluye de arriba hacia abajo.

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL. Acepta la premisa de romper el principio de unidad de mando (un solo jefe) es una autoridad dividida según la especialización.

Introducida inicialmente por Taylor , la organización funcional da al subordinado varios jefes, a la vez que ninguno tiene autoridad sobre el subordinado.

La organización funcional busca simplificar el trabajo, establecer líneas directas de comunicación, eliminar la centralización en la toma de decisiones y apoyar la especialización.

ORGANIGRAMAS.

Los organigramas son representaciones gráficas de la estructura de la organización interna: también se les conoce como cartas, gráficas o cuadros de organización.

FUNCION.

Establecer los niveles jerárquicos, con sus correspondientes líneas de autoridad y responsabilidad. Delimitar funciones, relaciones y coordinación entre los diversos puestos.

REQUISITOS DE UN ORGANIGRAMA.

- A) ser claro y comprensible.
- B) Representar la estructura de la organización.
- C) No mezclar en él puestos, funciones y departamentos entre otros.
- H) Hacerse por niveles.

Los organigramas se clasifican en: Lineal, funcional, con posición de Staff, horizontal, escalar, circular y matricial.

ORGANIGRAMA LINEAL. La autoridad fluye por orden descendente y solo de una fuente es sencillo comprensible y define jerarquías, pero permite la toma de decisiones arbitrarias.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL. La autoridad fluye más de una fuente el modelo de organización pretende evitar la centralización y, al mismo tiempo, que varias personas den orden a un mismo subordinado.

ORGANIGRAMA CON POSICION DE STAFF. Es una posición en la que no se tiene mando. Da consulta, asesoría y consejo. La especialización conocimientos y experiencias se aplican en el logro de los objetivos.

ORGANIGRAMA HORIZONTAL. La autoridad fluye de izquierda a derecha se trata de una organización funcional.

ORGANIGRAMA ESCALAR. Cuando más desciende la autoridad tanto mayor es la jerarquía.

INTEGRACION:

La integración, como función administrativa pone énfasis en la administración de recursos humanos, como etapa del proceso administrativo es la tercera, incluye desde el reclutamiento del recursos humanos, pasando por la selección hasta la capacitación para la productividad.

RECLUTAMIENTO.

Reclutar significa reunir, recabar, ordenar y obtener la información necesaria sobre los recursos útiles de la organización.

SELECCIÓN.

a. Selección de recursos humanos.

Con la información adecuada sobre las existencias se elige al sujeto idóneo en lo que se refiere a recursos humanos y adecuados, tratándose de recursos materiales.

En la selección de personal, los requisitos y cualidades exigidas al aspirante para su ingreso no garantizan por si solo la productividad. Para asegurar en lo posible esta última, existe algunos métodos entre ellos.

1. LA PRUEBA DE ADMISION
2. EL EXPEDIENTE DE ADMISION.
3. ENTREVISTAS.
4. PERIODOD DE PRUEBA.
5. CURRICULUM VITAE.

b. Selección de recursos humanos.

En la selección de materia, equipo o instrumental, es importante elegir aquellos que reúnan las condiciones necesarias para el tipo de trabajo a que se destinan.

INTRODUCCION Y DESARROLLO.

El último paso de la integración consiste en propiciar rendimiento del personal y el equipo , promover las potencialidades de los recursos humanos.

AREAS DE LA ENSEÑANZA EN SERVICIO.

Orientación.

Adiestramiento.

Desarrollo de liderazgo.

Educación continua.

C. Introducción y desarrollo de recursos materiales.

Los recursos materiales son desarrollados por medio de una correcta utilización por parte del personal, proporcionando mantenimiento constante, renovando o sustituyendo a aquellos que ya no funcionan.

3.3. DIRECCION.

Dirigir es guiar, orientar, conducir, encaminar, llevar al logro de objetivos. Dirigir implica tomar decisiones, mando y liderazgo.

LIDERAZGO.

Es una característica de las organizaciones humanas. Es importante distinguir entre el liderazgo como una cualidad personal y el liderazgo como una función administrativa.

TEORIA DE LOS ESTILOS DE LIDERAZGO.

La teoría de los estilos de liderazgo difiere de los rasgos de personalidad, en que: el estilo se refiere a la forma de liderar, los rasgos, a la personalidad del líder. A partir de la teoría principal sobre los estilos pueden sintetizarse los siguientes:

EL ESTILO AUTOCRÁTICO. Da énfasis al líder. Es él quien dicta las órdenes, impone su criterio y decide qué y cuando se hace.

EL ESTILO DEMOCRÁTICO. El líder es un miembro más del grupo, que estimula a los subordinados a decidir y a ejecutar las funciones y tareas.

EL ESTILO LIBERAR. Pone énfasis en los subordinados, en quien está centrada la libertad para decidir.

En la práctica se aplica mezcla de los tres estilos, ya que según argumentaron, no existen los estilos puros.

COMUNICACIÓN

La dirección es posible mediante sistema de comunicación y coordinación adecuados a la estructura de organización. Es uno de los pasos de la dirección.

Las diferentes teorías de la administración reconocen la importancia de la comunicación para enfrentar con eficiencia los problemas de la organizaciones.

PROPOSITO DE LA COMUNICACION.

Retroalimentar el sistema administrativo.

Promover conductas cooperativas

Dirigir acciones.

Eficiencia.

a)Concepto de comunicación.

La comunicación puede definirse como: la serie de pasos dinámicos, fluidos y constantes en la transmisión de un mensaje que produce una respuesta.

También se conceptúa como el intercambio de información entre dos o más personas.

b) Método de comunicación.

Como métodos de comunicación tenemos.

*El oral.

*La palabra escrita.

*El lenguaje corporal.

El método oral aplica principios como: saber escuchar, el silencio, la empatía (grado de comprensión).

La palabra escrita complementa la información y asegura un grado mayor de recepción del mensaje.

Las aplicaciones del lenguaje corporal (postura, gestos, ademanes) deciden la interpretación adecuada del mensaje y revelan la congruencia entre el contenido del mensaje y la intención con que se emite.

C) Medios de comunicación.

Como medio de comunicación administrativa, tenemos: oficios, memorandum, circulares, boletines, informes, etc.

PRINCIPIOS DE LA DELEGACION

Al dirigir es necesario delegar. Algunos principios aceptados en torno a la delegación son:

*Delegación de autoridad y responsabilidad. Hace posible la ejecución de funciones delegadas.

*A mayor delegación mayor control.

*Establecer límites de responsabilidad acordes con la autoridad delegada evita excesos.

3.4.CONTROL.

Se define al control como la apreciación del resultado en cuanto al logro de objetivos organizacionales.

PROPOSITOS DEL CONTROL.

Evaluar el logro de objetivos.

Prever desviaciones en la ejecución de planes y programas.

Optimizar la utilización de recursos.

Proponer y sugerir alternativas administrativas.

Establecer diagnósticos continuos.

Promover la creatividad e innovación.

SISTEMAS DE CONTROL.

Como sistemas de control se consideran la: Supervisión, la evaluación y el monitoreo.

A.SUPERVISION.

Aun cuando la supervisión se considera más bien como parte de la dirección, es un sistema importante de control en las organizaciones.

La supervisión se concibe en concordancia con la teoría de las relaciones humanas o del comportamiento, ya que la teoría clásica de la administración ubica la supervisión como forma de control por excelencia. El enfoque humanista da connotación diferente a la supervisión y la ubica como parte de la dirección.

OBJETIVO DE LA SUPERVISION.

*Desarrollo de personal subordinado, hacia el logro de la eficiencia.

- *Promover la calidad del servicio para los clientes.
- *Proteger y apoyar el logro de objetivos organizacionales.

PRINCIPIOS DE LA SUPERVISION.

- *De planeación. La supervisión planeada logra sus objetivos.
- *De liderazgo. El conocimiento de las motivaciones conductuales facilita la supervisión.
- *Didáctico. Supervisar requiere conocimiento del proceso enseñanza - aprendizaje, ya que esta es función central del supervisor.
- *De comunicación. La comunicación adecuada simplifica la supervisión.

La supervisión es función de personal altamente calificado. Conocedor del trabajo que se realiza, responsable de aplicar medidas disciplinarias sin detrimento del logro de objetivos, capacitado en el liderazgo y manejo de conflicto, altamente creativo.

B) EVALUACION.

Se conceptúa la evaluación como un proceso sistemático de medición y comparación de resultados en relación de los objetivos.

Se evalúan: logros, objetivos, recursos y necesidades.

La evaluación es constante, dinámica, objetiva, oportuna y permanente.

TIPOS DE EVALUACION.

DIRECTA. Se aplica por medio de la investigación en el campo específico de trabajo. Como método se utilizan las entrevistas, las reuniones, la observación el recorrido y la enseñanza entre otros.

INDIRECTA. Se aplica por medio de la consulta de documentos, estadística y el propio plan de la empresa.

El objetivo principal de la evaluación es el control de variables que pudiesen alterar el plan, apoyar la toma de decisiones, proporcionar información confiable sobre los avances o desviaciones, y presentar con oportunidad los resultados de la ejecución.

C). MONITOREO.

Un sistema de monitoreo es el conjunto de procedimientos que se utilizan en forma repetitiva para valorar los méritos de un programa y proveer información acerca de sus propósitos, objetivos, actividades, impacto, costos y satisfacción de los usuarios.

En el sistema de monitoreo debemos determinar aquellos indicadores que se deben evaluar regularmente, en base a su capacidad de alertarnos. Estos son los indicadores de monitoreo.

SELECCIÓN DE INDICADORES DE MONITOREO.

Por medio de los indicadores podemos conocer si se ha resuelto el problema.

Un indicador puede describir los varios pasos de un proceso de producción, es decir los recursos necesarios, el proceso, los productos, el resultado obtenido y la satisfacción o impacto derivados del proceso productivo.

V. HOSPITALES.

5.1 INTRODUCCION.

Para desarrollar el tema es necesario abordar primero, la naturaleza, el concepto y las características esenciales del objeto de dirección. EL HOSPITAL.

El concepto de hospital ha experimentado profundas transformaciones, particularmente en el transcurso de las últimas décadas.

Ese proceso de cambios está aún en pleno desarrollo y los hospitales, según los países y aun las regiones dentro de un mismo país, se encuentran en diferentes etapas de ese proceso evolutivo.

Por esa razón resulta necesario para la consideración del tema, analizar no solo la situación actual, sino también las tendencias que se observan a nivel internacional.

EL HOSPITAL TRADICIONAL.

Hasta hace pocas décadas y todavía resulta así, en muchos casos, los hospitales eran instituciones destinadas a proporcionar servicios curativos a los enfermos, actuando con un criterio autárquico, aislado y sin coordinar acciones con otros centros asistenciales, pero sin responder a una programación que tomará como base un análisis de las necesidades de la población en el aspecto asistencial, fue un desarrollo espontáneo, no planificado, que llevó a una estructura anárquica.

La administración de esos hospitales, se realizaba en forma empírica y no era reconocida como una especialidad.

Los directores eran designados en general entre médicos con una buena experiencia clínica, pero sin ninguna capacitación formal en materia de administración.

Esa situación se mantiene todavía en muchos hospitales, en los cuales no se han establecido aún los requisitos y calificaciones como exigencias necesarias para ocupar

el cargo, teniendo en cuenta el papel del director, los deberes del cargo y las funciones y tareas que debe desempeñar.

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE HOSPITAL

En las últimas décadas asistimos a un proceso de profundas transformaciones que han determinado importantes cambios en el concepto, la organización y el funcionamiento de los hospitales.

Esas transformaciones se han dado en diversos aspectos de la actividad humana: en aspectos ideológicos y políticos, en la organización social, en la economía de las naciones y los grupos humanos, en el campo de la ciencia y la tecnología, en el reconocimiento expreso de derechos humanos fundamentales y de la necesidad de una mayor justicia social; Así como, en el concepto y el papel que debe desempeñar la administración de los sistemas sociales orientada con un criterio científico.

DOCTRINA.

Como consecuencia ha ido cambiando el concepto de hospital, su base ideológica, lo que podríamos llamar la doctrina de esas instituciones.

Hoy, los hospitales no surgen con un criterio de caridad o beneficencia, sino en repuesta al derecho de la salud, reconocido como uno de los derechos fundamentales de todo individuo.

EQUIPOS Y MATERIALES

La revolución científico- técnica en desarrollo, ha puesto a disposición de las ciencias médicas un cuantioso arsenal de recursos tecnológicos, muchos de ellos de alta complejidad y de costo muy elevado, el desarrollo de la química, física, biotecnología, ha incrementado a ritmo acelerado el desenvolvimiento de nuevos procedimientos de diagnóstico y de tratamiento, un elevado número de productos farmacológicos, de drogas y medicamentos han abierto nuevas perspectiva en la lucha contra las

enfermedades. Los avances registrados en el campo de la anestesiología, en el control de las infecciones, en el uso de la sangre y sus derivados en el conocimientos de los mecanismos inmunológicos, han creado a su vez nuevas perspectivas para la cirugía, que hoy puede abordar órganos que hasta hace poco resultaban intocables, sustituir órganos enfermos, realizar transplantes, corregir malformaciones o lesiones que parecían irreparables.

PERSONAL

Ese desarrollo científico-técnico ha planteado a los organismos de la salud, en general y a los hospitales, en particular, grandes desafíos. Resulta necesario contar con un personal cada vez más numeroso, que represente una enorme diversidad de profesiones y técnicas.

Ese personal necesita tener un alto nivel de capacitación, su formación básica resulta cada vez más prolongada y es necesario mantener luego un proceso permanente de educación continua. Los hospitales deben ser muy rigurosos y exigentes en el proceso de selección de su personal, así mismo asegurar niveles justos de salarios y beneficios sociales, sistema adecuado de promociones y aplicación de métodos avanzados de administración de personal.

EDIFICIOS

Nada tiene que ver los edificios que hoy se proyectan y construyen para hospitales, con aquellos que hasta hace muy poco se utilizaban para esa finalidad.

Un hospital, sobre todo de cierta magnitud, cumple funciones muy variadas, reúne simultáneamente las características de instituciones muy diversas: es un hotel, restaurante con una gran cocina, edificio de oficinas, un gran almacén, lavandería, tiene conjunto de laboratorio una farmacia, talleres de diversos oficios, servicio de urgencia, grupo de consultorio, un conjunto de unidades de hospitalización de salas de partos y de operaciones, por su función docente, una escuela con aulas, laboratorios, bibliotecas, etc.

5.2.FUNCIONES.

Los actuales conceptos de salud-enfermedad, de atención integral a la salud y del papel que debe desarrollar las instituciones que integran el sector salud de un país, fueron ampliando ese espectro de funciones.

La tendencia universal señala que todo hospital sea cual sea su tamaño, naturaleza o ubicación, debe cumplir tres grandes grupos de funciones: a)de atención integral a la salud, comprendiendo actividades dirigidas a la población sana, con objetivos de promoción y de protección a los enfermos, para su recuperación y rehabilitación. Todas ellas ejercidas con orientación preventiva y un triple enfoque somático, psíquico social y actividades dirigidas al medio natural y social, b)de docencia, en cuatro grandes áreas: para estudiantes graduados de todas las profesiones y técnica de salud, en el caso de hospitales con funciones universitarias, pero además en todos los casos, programa de educación continua para el desarrollo y su perfeccionamiento de su propia persona, y tareas de educación para la salud, dirigidas a los usuarios y población en general, c)de investigación de tipo biomedico, para el estudio de todos los factores que intervienen o condicionan el estado de salud o enfermedad y que pueden realizarse con orientación clínica, epidemiológica y social, en el campo de la administración, en el estudio de las leyes, principios y métodos de la ciencia y la técnica de la administración de cada una de sus funciones.

LOS USUARIOS.

Durante siglos fueron los indigentes que no podían pagar la asistencia médica, desvalidos, huérfanos, abandonados, los peregrinos por encontrarse

Lejos de su lugar de residencia y los militares por igual razón, para quienes se crearon hospitales especiales, por ejemplo, en las colonias donde cumplían servicios.

El hospital, por entonces, no era una institución dotada de recursos especiales y allí concurrían esos pacientes, impedidos de asistirse en su propio hogar o en el consultorio del médico.

Hoy, el hospital es una institución especializada que está al servicio de todo

Aquel que por necesidad debe ser asistido con los recursos de que dispone el hospital y cuyo problema no puede ser resuelto en su domicilio o en un centro de atención primaria,

EL AMBITO DE ACCION.

Tradicionalmente los hospitales han funcionado intramuros, limitando su atención en su propio servicio de urgencia, en sus consultorios y servicios de hospitalización, cumpliendo tareas de curar los enfermos que acudían a la institución.

Asistimos en las décadas recientes, a una profunda revisión en este sentido.

Causó muchos problemas y retrasó el progreso, que en esta materia, se desarrolló reciente, de diferencias entre los llamados centros de salud para la atención de sanos y los hospitales para la curación de enfermos. El proceso salud enfermedad debe ser analizado en su integridad, resulta anticientífico y antibiológico fraccionar artificialmente un proceso que es continuo y que se beneficia de un análisis y un tratamiento integrador.

Actualmente partimos del concepto que todos los elementos del sistema de salud deben desarrollar sus acciones con un enfoque integral de atención a la salud preventivo-curativo y abarcando actividades de promoción, protección recuperación y rehabilitación

Por otra parte resulta indispensable superar esa actitud pasiva de los hospitales, a la espera de enfermos, Hay que romper los muros y salir a la

Comunidad a tomar conciencia de los problemas de la vida diaria, en los hogares en el entorno social en que transcurre la vida de hombres, mujeres y niños, en los centros de estudios y de trabajo, en los centros de actividades de diversos grupos sociales, estudiar con la comunidad sus problemas de salud y enfermedad cuáles son los factores políticos, sociales, económicos, demográficos o culturales que están condicionando el nivel de vida, la calidad y por tanto los niveles de salud de la población.

Los hospitales deben dejar de ser torres de marfil de la enfermedad, la tendencia es y deberá ser cada vez más hacia hospitales sin paredes, abierto a la comunidad, asumiendo y compartiendo con la población y otras instituciones, responsabilidades integrales de atención a los sanos y a los enfermos, y actividades relacionadas con la higiene ambiental y la preservación y protección del medio.

5.3. EL HOSPITAL COMO SISTEMA SOCIAL.

Tal como lo define el diccionario de la Real academia Española, sistema es un conjunto de cosas que ordenadamente y relacionadas entre sí, contribuye a determinado objetivo. un hospital es uno de los sistemas sociales de mayor complejidad.

En su estructura de organización podemos identificar los siguientes subsistemas:

El subsistema asistencial que tiene la responsabilidad de desarrollar las funciones de asistencia, docencia e investigación en cumplimiento a los fines de la institución.

Los servicios clínicos, que tienen a su cargo la atención directa de pacientes aplicando el método clínico (observación, interrogatorio y exploración física)

Los servicios de diagnósticos y tratamiento especial, que denominamos así, porque utilizan métodos especiales (de laboratorio, de radiología, de filiaria, de hemoterapia), ya sea con fines de diagnóstico y/o de tratamiento.

Los servicios asistenciales no médicos o paramédicos; subsistema integrado por un grupo de profesiones que participan directamente en la atención de los pacientes: enfermería, dietética, asistencia social, psicológica, farmacia, y registro médico.

El subsistema de apoyo, integrado por un conjunto de servicios que constituyen medios que facilitan, colaboración y hacen posible el cumplimiento de los fines por parte del subsistema asistencial.

Identificados en el, dos subsistemas;

*de servicios generales

*de administración general de recursos humanos, materiales y financieros.

NIVELES DE ORGANIZACIÓN.

NIVEL ESTRATEGICO: Esta representado por los órganos de gobierno y la dirección del hospital.

En este nivel se define las políticas generales del sistema ,los objetivos , planes y programas los reglamentos y normas que regulan el funcionamiento del sistema.

NIVEL TACTICO: Comienza en la dirección del hospital , que establece el enlace entre los órganos de gobierno y de administración ;se incluye en este nivel a los jefes de las unidades de organización y a los mandos intermedios. En este nivel se define los métodos y procedimientos a aplicar, para alcanzar los objetivos siguiendo las políticas y norma definidas.

NIVEL OPERATIVO: integrado por los cargos de base de la pirámide de organización, es el nivel donde se lleva a cabo la operación del sistema; en el nivel estratégico. Se define que se debe hacer y para que; en el nivel táctico como hacerlo , cuando , quien , con que y donde ;en el nivel operativo se ejecuta la operación.

LOS ORGANOS DE GOBIERNO Y DE ADMINISTRACION

Los órganos de gobierno están constituidos por órganos colectivos , denominados según los países: Junta Directiva, comisión Directiva.

Según la naturaleza del hospital , están integrados por representantes de la institución propietaria; en el caso de organismos universitarios por representantes de docentes , egresados ,estudiantes y funcionarios en general; en algunos casos están representados los usuarios o grupos sociales diversos de la comunidad.

Constituye la máxima autoridad de la institución ; pero como cuerpo colegiado , son autoridad en su conjunto. Fuera de las reuniones cada integrante por separado carece de autoridad para adoptar decisiones , dar ordenes ,solicitar informes o realizar actividades de control.

Fuera de las reuniones , este cuerpo delega toda su autoridad en el Director y lo hace responsable de cumplir y hacer cumplir los acuerdos adoptados por el órgano de gobierno.

Es el órgano normativo ,define los fines de la institución , establece objetivos y políticas generales a desarrollar, aprueba planes y proyectos, reglamentos , normas generales , el

30 – 60 camas

DESCRIPCION GENERAL DEL SISTEMA REGIONALIZADO DE SERVICIOS.

De acuerdo a la regionalización funcional, las unidades del Ministerio de Salud del Ecuador se distribuye en los siguientes niveles:

1er Nivel de Areas de Salud.

2do Nivel –Nivel regionalizado.

3er Nivel – Nivel Nacional.

El Nivel de Area de salud constituye la unidad funcional del sistema regionalizado de servicios y esta integrado por los puestos de salud, centros de salud y los hospitales cantonales de 15 a 30 camas.

El Nivel Regional o Provincial esta constituido por la Dirección Provincial de Salud y el Hospital provincial General, con jurisdicción técnico administrativa.

El Nivel Nacional está constituido por el nivel central del Ministerio de Salud y los hospitales de referencia nacional (especializados y de especialidades) con jurisdicción técnico administrativa y de referencia, respectivamente sobre las provincias o regiones de salud.

5.5. LOS HOSPITALES EN EL ECUADOR.

El sistema de prestación de servicios es fragmentado, esta compuesto por una combinación de subsectores públicos y privados con y sin fines de lucro, por el subsector no formal que cumple un importante rol especialmente en las áreas rurales y por instituciones o entidades que en una u otra forma apoyan o intervienen en la

prestación de los servicios y al medio sin la debida coordinación entre estos subsistemas.

ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

En el subsector público, destacan el Ministerio de salud pública MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. IESS. Existen además los servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la policía y otros servicios de menor magnitud dependientes de instituciones públicas.

El subsector privado sin fines de lucro están representado por la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Cruz Roja, La Sociedad de lucha contra el, Cáncer SOLCA .

El subsector privado con fines de lucro, dispone de hospitales, clínicas, consultorios médicos para atención ambulatoria.

La gestión en los hospitales modernos implica características diferentes, toda vez que hoy estas instituciones se conciben como empresas particulares de servicios de salud, tienen una disposición permanente de atender las demandas y expectativas de sus clientes el cual es su paciente. Además funcionan en un mundo de competencia a base de calidad y eficiencia, esta competencia se establece sobre los pilares de planeación estratégica, organización y función bajo parametros de calidad, presupuesto adecuado, satisfacción del personal, evaluación de gestión y Etica.

5.6. MODELO DE ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA UN HOSPITAL DEL NIVEL III.

El modelo de organización estructural y funcional para un hospital del nivel III, debe tomar en consideración los servicios de atención que va a prestar exclusivamente en salud. Por esta razón consideramos que los hospitales de este Nivel no deben tomar entre sus objetivos la atención al medio ambiente, sino profundizar en el conocimiento

científico y la tecnología que demandan aquellas patologías que no han podido ser atendidas a nivel inferior y por tanto deben tener más servicios clínicos y quirúrgicos que los del nivel II.

El Hospital del nivel III, es considerado como aquel que en su generalidad realiza actividades para un nivel de mayor complejidad y es por ello que se prevé deba tener áreas específicas que agilice el poder asignar los recursos indispensables para brindar una atención precoz, integral y oportuna a los pacientes que requieren de estos servicios.

ENFERMERIA.

6.1.DEFINICION DE LA PROFESION.

La enfermería se define en términos generales como un sistema de conocimientos teóricos que ordena un proceso de análisis y actividad relacionado con la asistencia a personas, familia o poblaciones sanas, enfermas o potencialmente enfermas.

Como disciplina profesional es el “cuerpo de conocimientos científicos utilizados con el propósito de proporcionar un servicio esencial ala gente, es decir, de promover la capacidad de afectar positivamente la salud”

Siendo una profesión independiente que funciona de manera permanente contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados que la salud necesita, es responsable de los servicios de enfermería proporcionando a toda persona, familia o comunidad sana o enferma, con el fin de mantener y promover la salud, prevenir la enfermedad, asistir, rehabilitar al enfermo y al discapacitado.

La enfermería posee un cuerpo de conocimientos y técnicas que le son propios, los que deben ser trasmitidos mediante la educación universitaria de pregrado, educación continua y post grado y de la educación en los servicios y la comunidad; este cuerpo de conocimientos debe además ser analizado, actualizado e incrementado mediante la investigación científica.

“El campo de los servicios de enfermería se extiende por todos los ámbitos donde existan personas; en casa, en el colegio, en el trabajo, en el esparcimiento, en hospitales, centros de salud, centros de enfermería y clínicas, en áreas urbanas, urbano marginales y rurales.

6.2.CAMPO PROFESIONAL.

La licenciada/o en enfermería desarrolla sus funciones, actividades y estrategias de enfermería en la atención al individuo, familia y comunidad con un enfoque holístico en

proceso de salud o de enfermedad en el ámbito institucional y el lugares de vivienda, trabajo, escuela y otros escenarios comunitarios, tanto en el área urbana como urbano marginales y rurales.

Los ámbitos de su ejercicio son el sector público, semipúblico, privado y de ejercicio libre en las siguientes instituciones:

Fomento y protección de la salud. Ministerio de salud pública, subsecretaria de salud, direcciones provinciales, centros de salud, subcentros de salud, dispensarios, seguro campesino, guarderías, asilos, escuelas y colegios, fabricas, bancos, empresas, laboratorios farmacéuticos, seguros de salud; otros Ministerios de Estado, municipios, ONG'S, comunidad y consultorios de enfermería.

Recuperación y rehabilitación: Hospitales especializados, hospitales generales y cantonales; clínicas, policlínicas, dispensarios.

Educación. Colegios, Universidades, Hospitales, comunidad, consultorios de enfermería.

Investigación: universidad, ONG'S, organismos internacionales, laboratorios farmacéuticos, comunidad.

6.3.PRACTICA PROFESIONAL ALTERNATIVA.

La licenciada en enfermería desempeña las siguientes funciones:

Brindar atención integral de enfermería, mediante la aplicación del método de enfermería.

1.Promocionar la salud del individuo, familia y comunidad basada en el perfil epidemiológico de la comunidad y en el reconocimiento de factores de riesgo bio-sico-social y cultural.

2. Planificar, organizar, ejecutar, evaluar y sistematizar programas dirigidos a la comunidad con el objetivo de promover el desarrollo comunitario, la educación para la salud y la autogestión en la solución de sus problemas.

Planificar, organizar, ejecutar y evaluar de los programas de prevención y evaluación de programas de prevención específicos a diferentes grupos poblacionales.

Planificar, organizar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar los cuidados sobre la base del método de enfermería en el ámbito comunitario y hospitalario.

Participar en el control y vigilancia epidemiológica en todos los niveles de atención.

Proporcionar atención integral de enfermería en el embarazo parto y postparto, institucional y domiciliario.

Brindar atención integral de enfermería al recién nacido, menor de un año, preescolar, escolar y adolescente.

Proporcionar atención integral de enfermería al adulto y al anciano.

Tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas en enfermedades comunes.

Aplicación del método administrativo para la atención en salud

Participar en la formulación de las políticas y planes de atención de salud de la población.

Participar con el equipo de salud en la planificación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de programas de atención de salud en la unidad operativa.

Ejecutar acciones de enfermería que favorezca el desarrollo de los sistemas locales de salud.

Participar en el diagnóstico de necesidades para la implementación y dotación de recursos humanos, materiales y económico de los servicios de salud.

Administrar los servicios de enfermería, como hospitalario, comunitario y otros.

Aplicación del método educativo para la planificación, ejecución y evaluación de programas de:

Educación para la salud al individuo, familia y comunidad

Formación de recursos de enfermería profesionales y no profesionales, al nivel de pregrado, postgrado y en programas de formación de recursos de auxiliares en salud.

Educación continua para el personal de enfermería de los servicios de acuerdo a necesidades reales.

Capacitación en salud a grupos comunitarios.

Aplicación de la metodología de investigación

Manejar el proceso del conocimiento, investigando los problemas de la realidad, para contribuir a la solución de los mismos.

Participar y/o formular, ejecutar proyectos y comunicar resultados de investigaciones que favorezcan el desarrollo de nuevos modelos de atención de enfermería que beneficien a la comunidad y contribuyan al mismo tiempo al desarrollo profesional y la formación de nuevos recursos.

Contribuir con la producción científica al acervo de conocimientos de salud en el ámbito local, regional y nacional.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Es la unidad técnica administrativa, responsable de la planificación, implementación y evaluación de la atención de enfermería que se brinda al usuario. Su familia y comunidad, así como, de la capacitación y supervisión permanente de sus recursos, incorporando conocimientos, técnicas y metodológicas acordes con el desarrollo y tecnológico de la época, para lograr y mantener su competencia técnica.

El departamento de enfermería en el hospital, esta conformado por el conjunto de servicio de enfermería de acuerdo a su complejidad y especialización y agrupa a enfermeras, auxiliares de enfermería y otros recursos de apoyos.

6.5.SERVICIO DE ENFERMERIA

Es la unidad técnico - administrativa básica del componente de enfermería, encargada de la ejecución de acciones, donde se conjuga el esfuerzo de los demás miembros del equipo de salud, tendientes a alcanzar los objetivos y metas específicas.

Esta unidad constituye el nexo entre la comunidad y la unidad operativa, el resultado de su trabajo contribuirá a modificar los indicadores de salud, producción, calidad, morbilidad, mortalidad, etc.

Cada servicio agrupa a Enfermeras y Auxiliares de enfermería, cuyo ámbito de trabajo se circunscribe a una determinada especialidad medica: Cirugía, Medica Interna, etc., o a campo específico definidos según actividades o complejidad: Consulta Externa, Emergencia, Cuidados Intensivos, Quirófanos, etc.

PROPOSITO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Fortalecer y optimizar la utilización de los recursos humanos disponibles para mejorar el desarrollo de competencia Clínico - epidemiológicas, administrativas e investigativas, que permiten proporcionar una atención oportuna, continua, segura, integral y humanizada al individuo sano o enfermo, o su familia y comunidad, en el marco de un proceso colectivo de trabajo.

OBJETIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Definir y fortalecer la estructura organizativa del Departamento de Enfermería racionalizando la distribución y utilización de los recursos disponibles para mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad.

2.Gerencia la calidad del servicio integral de enfermería en los diferentes niveles de atención.

Organizar los recursos y actividades de enfermería en fase a la necesidad del usuario, su familia y comunidad, tomando en cuenta la complejidad de los servicios, el volumen de atención y estándares o criterios de evaluación.

Formular estrategias para la formación de redes de servicios en enfermería que permitan ofrecer servicios altamente eficientes, eficaces, competitivos y rentables.

Fomentar la investigación y el empleo de resultados para lograr una visión sólida del concepto salud - enfermedad que genera una atención biosico - social a la persona bajo su cuidado y que permite la forma de decisiones y soluciones a problemas.

Impulsar acciones educativas que promuevan; el desarrollo personal, mejorando el sistema de comunicación y optimicen la atención al usuario.

Diseñar procedimientos, modelos y protocolos de enfermería que optimicen los recursos.

Diseñar normas de calidad de la atención de enfermería que permita la evaluación del servicio brindada.

Fortalecer el trabajo colectivo mediante la coordinación permanentes con los miembros del equipo de salud y con organizaciones intras y extra institucionales para responder ordenada y solidariamente a las necesidades de la población.

Elaborar y mantener planes de trabajos para situaciones de emergencias intra y extra institucional, generando mecanismo que faciliten la participación del equipo de salud para actuar oportunamente, en base a la definición de responsabilidades y ámbitos de competencia.

Participar con los otros miembros del equipo de salud en la elaboración y mantenimiento de un programa de control y vigilancia Epidemiología que permite identificar situación de riesgo y aplicar las medidas de prevención y control correspondiente.

Definir y promover mecanismos para proyectar la atención hacia el hogar dando seguimiento a pacientes en condiciones especiales, coordinando esfuerzos con otros niveles del sistema regionalizado, con grupos organizados de la comunidad, ONG's, etc.

Apoyar la consolidación de los sistemas Locales de Salud, promoviendo el desarrollo de procedimientos técnicos - administrativos, que fortalezcan su organización y funcionamiento para una adecuada auto - gestión.

FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

A.- ATENCION DEL USUARIO ENFERMO O SANO

Planificado y organizada la atención de enfermería y extra mural considerando el enfoque epidemiológico - social y riesgo, en función de la equidad, eficiente t eficacia de la atención en salud.

Promover el desarrollo de acciones de fomento de la salud dirigida a grupos poblacionales (niños) de acuerdo al perfil epidemiológico del área de influencia de la unidad de salud.

Incorporar conocimientos, nuevas técnicas y procesos metodológicos en la atención al usuario, la familia y la comunidad, tomando en cuenta el contexto social económico y cultural de la localidad.

Dirigir, superar y evaluar periódicamente la atención de enfermería, en términos de calidad, producción, cobertura y desempeño del personal.

B.- ADMINISTRACION

Periódicamente la problemática de la salud de la localidad en función de la administración de los recursos humanos, tecnológicos, suministros y equipos.

Analizar Elaborar y/o adecuar normas técnicas, manuales de procedimientos específicas y cuadros básicos de recursos, difundir en los servicios y velar por su cumplimiento.

Supervisar y evaluar el funcionamiento de los servicios de enfermería y participar con el equipo de salud en la evaluación global de la unidad.

Coordinar las acciones de enfermería de otros departamentos y niveles de atención. Así como, otras instituciones de salud.

EDUCACION

Planificar, ejecutar y evaluar programas de educación permanente dirigido al usuario, familiar y comunidad según necesidades epidemiológicas y culturales de la localidad.

Promover el desarrollo de los recursos humanos, a través de su capacitación de acuerdo a las necesidades identificadas en el área de su desempeño.

Apoyar y participar en programas de capacitación multidisciplinarios con enfoque integral.

Fortalecer la estrategia de integración docente - asistencial en función de la formación de los recursos humano en salud y específicamente de enfermería.

INVESTIGACION.

Promover, ejecutar y participar en la elaboración de trabajos de investigación en salud y enfermería.

Difundir los resultados de las investigaciones e incorporarlo al proceso de trabajo.

Gestionar y conseguir asignaciones presupuestarias para realizar trabajos de investigación.

Esparcimientos; en hospitales, centros de salud, centros de enfermería y clínicas..”, (Rogers 1993) en áreas urbano marginales y rurales.

METODOLOGIA

DISEÑO: Descriptivo Transversal- Administrativo Evaluativo.

UNIVERSO Y MUESTRA

a. Universo: Jefe y subjefe del departamento de enfermería

6 supervisoras, 21 jefes de servicios.

162 Enfermeras de cuidado directo.

229 Auxiliares de enfermería.

b. Muestra:

TAMAÑO: Se cálculo con el programa epitable de Epi info total de muestra

48 enfermeras de cuidado directo.

62 auxiliares de enfermería.

SELECCION: Muestreo estratificado -Aleatorio simple

UNIDADES DE OBSERVACION: Jefe u subjefe del departamento de enfermería supervisoras, jefes de servicios, enfermeras de cuidado directo, y auxiliares de enfermería , archivos, programaciones, planes de trabajo , manuales.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

a. Técnicas: Observación Documental.

Encuesta mediante entrevista .

b. Instrumento: Guía de Observación

Cuestionario de Preguntas .

PROCEDIMIENTOS.

1. Prueba piloto.

2.Aplicación de instrumentos.

3.Dignóstico administrativo.

ANALISIS

El que hacer de enfermería en su esencia y su práctica conlleva una concepción, humanística y social que privilegia el laborar con honestidad, ética y compromiso en el desarrollo de estrategias que operativicen el modelo de salud y el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

El departamento de Enfermería es el único que permanece alerta en el hospital, cuidando del usuario enfermo las 24 horas todos los días del año. Igualmente están a cargo del personal de enfermería, una serie de funciones Administrativas íntimamente relacionadas con la atención a los usuarios como son: control de material y equipos, registros clínicos y suministros, ropa, información y orientación al cliente. Todos estos factores componentes de calidad del cuidado de enfermería.

El departamento de Enfermería busca el logro de una atención altamente técnica y especializada desarrollando el proceso de atención de Enfermería como herramienta básica en el desempeño, con el fin de establecer indicadores que orienten la oportunidad, eficiencia y efectividad en la gestión. El presente trabajo tiene como objeto primordial conocer la situación administrativa actual del departamento de Enfermería. Siendo la Planificación un requisito para el buen funcionamiento del departamento de Enfermería y la primera habilidad conceptual que debe poseer el gerente de estos servicios pues sin el conocimiento de la planificación no se pueden satisfacer las demandas y los estándares de la organización.

El análisis de datos del departamento de Enfermería encontró que la etapa de planificación no evidencia tener diagnóstico de situación, la planificación es anual, normativa, vertical por objetivos y según supervisores, jefes de servicios, enfermeras de cuidado directo, auxiliar de enfermería no han sido difundida.

En las 17 jefaturas de servicios entrevistada no existe diagnóstico de situación, ni planes de trabajo.

ORGANIZACIÓN

La segunda habilidad conceptual que necesita realizar el gerente de servicios de Enfermería es organizar, poner en práctica los planes para alcanzar los objetivos de toda la organización y del departamento de servicios de Enfermería.

Consideramos que el tipo de organización que existe en el departamento de Enfermería es formal porque tiene descritas las funciones y actividad, establecidas las jerarquías, división del trabajo, normas y reglamentos e informal porque su organización se basa en las necesidades de las personas e intereses personales.

En relación con el Recurso Humano se evidenció que la jefatura del departamento de Enfermería planifica y selecciona el personal interno y tiene perfiles ocupacionales, caso contrario los jefes de servicio no participan ni en la planificación, selección y reclutamiento del personal y no tienen los perfiles ocupacionales del personal a su cargo. En relación al desarrollo de un plan de orientación al personal de nuevo ingreso se desconoce en el departamento de Enfermería. (Anexos No 1)

Los beneficios de ley que cumplen los jefes de servicios son 59% servicios Médicos, 65% Maternidad, 71% Horas de lactancia que son los servicios en cual participan directamente las jefes porque con el conocimiento de ello organizan el recurso humano del servicio. Los beneficios de transporte, uniforme, alimentación y horas de estudio en un 60% no se preocupan porque dependen directamente de la Administración del Hospital. (Anexo No 2).

La Educación permanente parte importante de la organización de los servicios de enfermería según los datos obtenidos en un 44% determinan la necesidad de Educación y en un 80% no se planifica la Educación permanente, no se utiliza el recurso después de ser capacitado, no se considera horas de capacitación ni se evalúa resultados de la educación, lo que trae como consecuencia personal con funciones y actividades rutinarias sin conocimiento desactualizados, desmotivados, eminentemente técnicas lo que trae como consecuencia deterioro de los servicios. (Anexo No 3)

La gestión de los recursos materiales en salud como parte de la Administración General es el de abastecer en cantidad y calidad los recursos que el Sistema productivo requiere lo mas pronto posible y con un costo menor. En la relación de equipos, mobiliarios, materiales e insumos es importante elegir aquellos que reúnan las condiciones necesarias para el tipo de trabajo al que se destinan, además mantener una correcta utilización por parte del personal propiciando mantenimiento constante, renovando o sustituyendo a aquellos que ya no funcionan y siendo enfermería parte importante del equipo de salud que permanece junto al paciente, necesita participar del calculo y selección de equipos y mobiliarios ya que ellos conocen las necesidades de estos para la atención del parte, 3 de cada 10 jefes de Servicios participan de este proceso, el 70% restante solo se limita a recibir los equipos y mobiliarios ya que esta adquisición en la mayoría de las veces se lo hace a nivel Central, sucediendo en muchos de las oportunidades que estos equipos no se ajusten a las necesidades técnicas y por lo tanto se hacen adaptaciones o por el desuso se deterioran. En cuanto a los materiales e insumos las jefes de servicios 4 de cada 10 participan ocasionalmente 3 cada 10 siempre participan en el calculo selección normatización de los mismos.

El resto de los jefes se limita a recibir insumos ya seleccionados al nivel Central los cuales no se ajustan a las necesidades del paciente pediátrico o resultan de mala calidad lo cual conlleva el desperdicio y por lo tanto referente en el alto costo de la atención Hospitalaria.

4 de cada 10 jefes participan en el Calculo Selección y Normatización de equipos - mobiliarios - materiales e insumos. (Anexo No 4)

En la encuesta se evidenció que alrededor del 90% de las NORMAS de Recursos Humanos, institucionales e Interdepartamentales son desconocidas.

Al realizar el análisis de las normas técnicas se determino que en un promedio del 52% de los entrevistados conocen la existencia de las mismas, siendo el personal auxiliar de enfermería quien manifiesta un mayor porcentaje del 71% conocer su existencia, pero quienes realmente lo han leído (44%) son las enfermeras mientras que apenas el 11% del personal auxiliar lo ha leído, el 44% de las enfermeras auxiliares indican que están vigentes sin embargo el 39% lo utilizan y admiten su difusión en un 46%. (Anexos del 5 al 9)

Debemos observar además que el 35% de los jefes de Servicio conocen, utilizan, confirman su vigencia y difunden las normas técnicas es decir que el 65% de las jefes de servicios entrevistados las desconocen, lo que conlleva a una desorganización de los servicios de salud que funcionan sin normas y reglamentos que permitan el funcionamiento de los mismos. (Anexos del 5 al 9)

En relación a las normas materiales se debe expresar que no existen normas para el uso de materiales y equipos en los servicios sin embargo lo que se expresa en la muestra investigada es acerca de los inventarios de recursos por lo tanto no la consideramos en este análisis. (Anexos del 5 al 9)

Los MANUALES son documentos que contienen en forma ordenada y sistemática información e instrucciones. Los datos obtenidos revelaron que en un promedio de 35% conocen la existencia de los manuales de procedimientos técnicos siendo las Enfermeras quienes en mayor porcentaje 50% manifiestan conocer su existencia pero quienes realmente lo han leído son las jefes de servicios y enfermeras de cuidado directo en un (25%) mientras que apenas el 8% del personal auxiliar no lo conoce mal pueden utilizarlo y/o difundirlo. (Anexos del 10 al 14)

En relación a los manuales de Bienvenida, organización administración descripción de puestos y calidad en un promedio de menos del 10% son conocidos por todos los que conforman el departamento de Enfermería. La no-existencia de estos manuales y el poco conocimiento de los que manifestaron conocer el manual del procedimiento nos permite decir que no existe organización en el departamento de Enfermería. (Anexos del 10 al 14)

DELEGACIÓN. Es importante preparar una lista de las operaciones suficientemente extensa aunque no al grado de ser tan minuciosa. Esta lista de operaciones constituye las funciones y actividades que debe cumplir el personal, para cada una de estas funciones y actividades se debe definir con claridad las obligaciones e indicar quién deberá realizarlas una vez definido el trabajo que ha de cumplir cada uno, se debe dar una idea clara de lo que se espera de ellos, otro aspecto importante es el de delegar al personal la autoridad necesaria para llevar a cabo el trabajo que se le asigne, cada funcionario debe

conocer las funciones y actividades que va a desarrollar y su relación con los demás en la institución, el 100% de los jefes de servicio tienen asignados sus funciones y delegado autoridad para el cumplimiento de las mismas, 8 de cada 10 enfermeras y auxiliares tienen definidas sus funciones y actividades que deben cumplir y 6 a 7 de cada 10 enfermeras y auxiliares de enfermería respectivamente tienen delegada autoridad para el cumplimiento de su trabajo lo que indica que hay un 3% de personal con relación de dependencia directa de la jefe de Servicio para la toma de decisiones y el cumplimiento de su trabajo. (Anexos 15, 16)

DIRECCIÓN

El LÍDER tiene la capacidad de lograr que las demás personas lo sigan y que hagan voluntariamente las cosas que el les ordena, implica acciones que conduzcan hacia objetivos de mayor productividad, mejor calidad del producto o servicios y a la conservación de los recursos, el 90% de los jefes de Servicios tienen confianza en sus subordinados, 65% con frecuencia usan constructivamente las ideas de los subordinados, el 59% utiliza la participación de su personal lo cual las ubica a los Gerentes en el estilo democrático participativo, este tipo de liderazgo obtiene ideas de las personas, frente la participación y el buen trabajo en equipo, ejerce control mínimo y depende del buen sentido de responsabilidad de los trabajadores del buen juicio para que se hagan las cosas, practican la comunicación hacia arriba y hacia abajo, con los colegas se ratifica que la comunicación de los jefes de servicios es verbal con su personal por lo demás operan entre si y con sus subordinados como grupo, situación que se ratifica en la solución de los problemas ya que como se ve los jefes de servicios resuelven los problemas con los implicados. Aquellos gerentes que aplican este estilo tienen éxito como líderes sus departamentos administrados con este estilo son más eficaces en la fijación de metas y su consecución y generalmente son más productivas, este éxito se atribuye al grado de participación y al nivel en que se apoye a los subordinados. (Anexo No 17)

La competencia generalmente es productiva, el conflicto a menudo es improductivo.

Los CONFLICTOS son naturales en cualquier organización, hay que comprender sus causas y resolverles para alcanzar los objetivos del grupo de trabajo, establecer comunicaciones abiertas entre los involucrados.

Existen diferentes maneras de manejar el conflicto, la evitación de la situación que causa el conflicto, los jefes de servicios para prevenir el conflicto el 65% facilita la comunicación el 59% permite que los implicados expresen su punto de vista y el 53% organiza reuniones periódicas, esto ayuda a inducir actitudes cooperadoras hay que escuchar razones y puntos de vista de los trabajadores para entender, es así que realizando transacciones y análisis proporcionan ciertas facilidades para evitar el bloqueo de la comunicación.

Para evitar favoritismo los jefes de servicios el 76% distribuye equitativamente el trabajo el 47% evita comparar trabajo entre el personal, y el 41% evita criticar el personal frente a sus colegas y usuarios los que nos da la idea de respeto entre el jefe y los subalternos, lo cual constituye un factor importante que se ratifica con el estilo de liderazgo democrático participativo de los jefes de servicios.

Para la solución del conflicto el 47% lo resuelve con los implicados, lo hace en grupo sin llegar a los niveles centrales para su intervención así mismo el 41% selecciona entre varias alternativas la solución del conflicto, pero la hélice de resolución de problemas no es aplicada totalmente. (Anexo No 18)

La MOTIVACIÓN es un poder que surge en un individuo para satisfacer una necesidad, incluyendo desde la sobrevivencia y seguridad hasta la autoestima y realización, la del logro hasta la de afiliación y poder. Los líderes actúan a fin de proporcionar satisfacción a las necesidades de los demás, los líderes no maduran realmente. El líder tiene éxito cuando primero comprende las necesidades de sus subordinados y luego aplica la persuasión y su influencia para demostrarles que obtendrán mayor satisfacción, los jefes de servicios para mantener motivado a su personal 7 de cada 10 hacen conocer las funciones y actividades que la institución espera que cumpla c/u, 6 de cada 10 es decir un poco más de la mitad hacen sentir cuan importante son para la institución, así mismo 5 de cada 10 se preocupan del medio ambiente laboral, este último subió es decir la calidad de vida laboral es uno de los

enfoques de sistemas importantes para el diseño de puestos, los gerentes la consideran como un medio promisorio para enfrentar el estancamiento en la productividad. Los trabajadores y representantes sindicales le ven también como un medio de mejorar las condiciones laborales y la productividad. (Anexo No 19)

El enriquecimiento de los puestos se relacionan con factores como retos, el reconocimiento de logros y la responsabilidad considerados como los verdaderos motivadores.

La COMUNICACIÓN es fundamental para el funcionamiento de una organización. El nivel de comunicación del Departamento debe considerarse como una herramienta para la gestión en la medida en que permita obtener información para la toma de decisiones pero además a través de la comunicación se puede establecer buenas relaciones y se puede integrar el equipo de trabajo, la comunicación oportuna, veraz, clara y concreta es uno de los mejores apoyos para el gerente.

De acuerdo a los datos que arrojan las entrevistas se encontró que en un promedio el 78% del personal de enfermería recibe información del departamento en forma oral y escrita.

La forma de comunicación del personal de Enfermería con el departamento en su mayoría es oral (54%). Las enfermeras de cuidado directo son las que menos se comunican con el departamento (46%). El contenido de la comunicación preferentemente se relaciona con la formalización de permisos y cambios de turno. Por otro lado señala que este tipo de comunicación se nota una fuerte tendencia a incumplir el órgano regular especialmente en el personal de auxiliares que realiza gestión directa con el departamento en un 84% y las enfermeras en un 54%.

La comunicación existente en el departamento de enfermeras es más bien de tipo jerárquico y formal relacionado con la organización directa una estructura vertical, rígida que llega a desconocer los mandos medios establecidos. (Anexos No 20, 21)

El objetivo de la gestión de RH, son las personas y sus relaciones dentro de la organización, la responsabilidad del departamento de enfermería como parte del sistema de Salud es mantener informado al personal y junto con el tomar de decisiones que sea

de bienestar para sus servicios, este sistema de comunicación puede darse a través de las reuniones.

El 29% de las jefes de Servicios convocan a los enfermeras de cuidado directo trimestral, un 18% mensualmente y un 6% anualmente. A las auxiliares se convoca 18% mensualmente y un 6% anualmente, llamando la atención en aquellos que no convocan o lo hacen cuando existe algún problema correspondiendo al porcentaje más elevado de un 41% enfermeras y 64% a las auxiliares. (Anexo No 22)

Las jefes del departamento convoca a reunión a las enfermeras de Cuidado Directo, en un 4% mensualmente y un 40% que no son citadas a reunión, lo mismo ocurre con la jefe de docencia quien en un 94% no convoca y apenas el 2% es convocada. En relación a la jefe del Servicio un 33% lo hace mensualmente, como trimestralmente, a diferencia de los demás jefe ellos presentan apenas un 16% que no convocan, confirmando una vez más la falta de organización. (Anexo No 23)

En lo que respecta a los auxiliares de enfermería hay alrededor de un 95% que no son convocada por las jefes de servicio, pero si existe un 27% que lo hace anualmente como es la jefe del departamento y un 26% la jefe de los servicios que lo hace mensual y trimestralmente. (Anexo No 24)

Los motivos por las que se realizan las reuniones por las jefes se ve claramente que es para detectar problemas de personal el 65% y de servicio 76, mientras que para el desarrollo en planes hay un 35% a nivel de la jefe de Servicio y un 50% de la enfermeras siguiendo el 52% a nivel de las auxiliares. Sin embargo hay un 33 y 34% que corresponde a resultados de supervisión de enfermeras y auxiliares de enfermería. (Anexo No 25)

La SUPERVISIÓN es una herramienta indispensable en el proceso administrativo de seguimiento y evaluación de atención al paciente.

El supervisor tiene que asegurarse que sus sugerencias sean aplicadas lo cual supone (normas y reglamento) que deberá ser conocidos comprendidos y aceptados, estar

disponibles para el supervisado, motivar al personal para desempeñarse mejor con los objetivos de la Institución.

Es un canal de información de doble vía entre el supervisado y la jerarquía institucional con retroalimentación inmediata que informa al personal sobre la calidad científica y humana del servicio y los problemas detectados.

En la entrevista realizada al personal de enfermería, supervisión encontramos que menos del 50% desconoce realmente para que sirve la supervisión, en un promedio del 49% manifiesta que sirve para reorganizar el trabajo, el 47%, para pequizaje, y el 46% para controlar la calidad de atención se observo además que el 50% de las enfermeras expreso que sirve para pequizaje 14% para motivar al personal, el 12% para detectar necesidades de capacitación. Lo que conlleva a una supervisión inestable, no integral, que no se basa en objetivos, no inspira un clima de confianza, no establecer dialogo no se realiza una supervisión aplicando los principios básicos. (Anexos No 26)

En relación a las técnicas de supervisión utilizada encontramos que en un promedio el 3.6% del personal de enfermería la técnica menos utilizada es la capacitación continua, que la técnica más frecuente es la observación continua, para los jefes de servicios en un 88%, enfermeras C.D. 77% no así con el personal auxiliar de enfermería que es en un 34%. Otra técnica utilizada es el dialogo con el personal que en la jefe de servicios es el 58%, las enfermeras de C.D. 44% y el personal auxiliar 11.2% lo que nos demuestra que la supervisión esta dirigida solo al personal profesional de Enfermería. (Anexo No 27).

En cuanto al estilo de supervisión el que prevalece es el participativo con un promedio de un 58% que permite el dialogo, 49% escucha opiniones 45% de confianza. Pero al exponer los datos recogidos del personal auxiliar de Enfermería demuestra que un 74% permite él dialogo, 63% de confianza, 61% escucha opiniones lo que nos permite decir que no existe una correlación de datos con el cuadro antes expuesto en el que se observa que no se realiza una supervisión directa al personal auxiliar de enfermería. (Anexos No 28, 29)

Otro aspecto de la supervisión es la frecuencia con que se realiza el promedio obtenido es el 69% por turno. (Anexo No 30)

CONTROL

La función Gerencial de Control es la medición y corrección del desempeño a fin de asegurarse de que se cumpla con los objetivos de la institución y los planes diseñados para alcanzarlos. La planeación y el control están estrechamente vinculados. El control no es posible sin objetivos ni planes ya que el desempeño debe compararse con criterios establecidos. Este proceso básico de control comprende establecimiento de Estándares medición del desempeño, frente a ese estándares y la corrección de las variaciones en relación a los estándares y planes. Los planes son los puntos de referencias con que los Gerentes diseñan los controles.

En los servicios de enfermería no existen sistemas de evaluación pero 8 de cada 10 enfermeras y 7 de cada 10 auxiliares de enfermería considerar ser evaluadas por sus jefes inmediato. (Anexo No 31), y que eran evaluadas a través de observaciones, entrevistas y revisión de documentos. (Anexo No 32), en cuanto a la frecuencia de dicha evaluación es semestral y anual, lo cual nos permite deducir que aunque no existe un diseño formal de evaluación de desempeño, el personal de enfermeras y auxiliares dicen ser evaluadas. (Anexo No 33). El 94% de los servicios no tienen planes y puede ser una de las causas de no existencia de evaluación.

Esto contradice con el marco conceptual de las evaluaciones de desempeño en la que se considera que no debe haber la menor subjetividad ya que por el contrario este sistema de evaluación debe ser objetivo, preciso y adecuado.

Un sistema adecuado de evaluación revela donde se producen las fallas y quien es responsable ella garantizado que se adapten medidas correctivas. El control se justifica solamente si las desviaciones de los planes se corrigen mediante una planeación, organización, integración y dirección apropiada.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO. Para los miembros de los servicios de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar

la condición de salud del paciente y de la comunidad, de acuerdo a normas establecidas, las técnicas actuales y los recursos con las que se cuenta. El compromiso y la motivación del proveedor dependen de la capacidad para llevar a cabo su vocación de una manera ideal u óptima.

Así como el sistema de atención de la salud debe responder a las perspectivas y las demandas del paciente, también debe hacerlo con las necesidades del proveedor de la atención médica quien es considerado como "Cliente Interno", la situación económica del país ha hecho que cada vez se atrasen los pagos al personal, las mejoras de los sueldos y salarios no han revisado, la falta de cumplimiento de las conquistas laborales ha redundado en una desmotivación del personal lo cual se ve reflejado en el ausentismo del mismo y en el deterioro de la calidad de los servicios.

Al ser preguntada el personal de enfermería si están satisfecho con el trabajo que realizan el 92% de las auxiliares de enfermería contestaron que sí, el 53% de las jefes de servicios, también, al ser preguntadas si creen que le dan más a la institución de lo que reciben el 82% de las jefes de servicio dijeron que sí así como 48% de las auxiliares de enfermería, y se les pregunta si están satisfechas con lo que le ofrece la institución el 6% de los jefes de servicios y enfermeras de cuidado directo dijeron que no, y más de la mitad de las auxiliares de enfermería, es decir el 56% dijeron que sí, lo que nos dice que el nivel profesional existe una gran insatisfacción con la institución. (Anexo No 34)

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con el paciente. Los problemas de la dimensión de satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención, la satisfacción del usuario externo se midió por el trato recibido del personal de enfermería y la atención profesional recibida, el 41% dejó ser excelente y el 59% buena. (Anexo No 35)

CONCLUSIONES.

Una vez analizados los resultados del estudio podemos concluir lo siguiente:

- No se encontró diagnóstico situacional y evaluación anual del departamento de los servicios de enfermería.
- Existe el plan de trabajo anual del departamento y del servicio de docencia en enfermería, no así en los diferentes servicios.
- Existe organigrama funcional en el departamento de enfermería y en solo 2 de los 17 servicios del hospital, lo que demuestra la falta de organización y el desconocimiento de los núcleos jerárquicos.

En el manejo de los recursos humanos se encontró que:

- No existe participación de las jefes de servicio en el reclutamiento y selección del personal de enfermería, no se observa requisitos, ni cualidades para su ingreso, por lo tanto no garantizan productividad.
- Falta el plan de orientación para el personal que ingresa.
- No existe sistemas de evaluación del desempeño del personal.
- El presupuesto para educación no se lo elabora por el departamento.
- Las necesidades de capacitación no se determinan en forma anual.
- No se planifica la educación permanente, como resultado, la atención de enfermería es específicamente técnica y rutinizada.

- No existe sistema de monitoreo que permite realizar un seguimiento de las funciones y actividades del personal.
- La comunicación se hace preferentemente oral y la escrita tiene como objetivo el trámite de permiso y justificación de faltas.
- El estilo de liderazgo que ejercen las supervisoras y jefes de servicio es participativa, lo que permite mayor confianza y por ende mejor desarrollo de sus actividades.
- A nivel de servicio para prevenir conflictos se evita que los problemas trasciendan, se tratan de solucionar con los implicados, se analiza la situación y se selecciona la solución entre varias alternativas.
- Desconocimiento de las normas institucionales por parte del recurso humano, el personal solo conoce la existencia de normas técnicas y de materiales.
- Existencia de manuales de procedimiento técnicos y reducida existencia de manuales de descripción de puesto y administrativos.
- La supervisión no cumple los objetivos para los que fue creada, ya que su acción es de organizar el trabajo y controlar la calidad de atención lo que impide tener una programación administrativa establecida y además significa que el personal para cumplir con su atención de calidad necesita supervisión por medio de observación directa y por turno, lo que se debe destacar es que esta supervisión es participativa, ya que se permite el diálogo, se escucha opiniones, se integra al equipo
- Usuario externo con un nivel de satisfacción buena con el trato y la atención profesional de enfermería, lo contrario sucede con el usuario interno quién manifiesta estar insatisfecha con lo que le ofrece la institución.

RECOMENDACIONES

- Establecer con criterio gerencia del departamento la planificación estratégica, tanto a nivel de jefatura, supervisión, servicio de internación y consulta externa.
- Trabajar con microproyectos para el mejoramiento de la calidad de servicios de enfermería.
- Revisión, actualización, difusión y seguimiento de la aplicación de manuales organizativos, técnicos gerencial y específicos de enfermería.
- Establecer un programa de desarrollo del personal de enfermería que contemple:

Participación del departamento de enfermería en el reclutamiento y selección del personal profesional y no profesional.

Determinación de necesidades y estrategias de educación permanente en estrecha coordinación con el departamento de docencia.

Establecer normas de orientación para el personal de nuevo ingreso contribuyendo así al desempeño normal de sus funciones.

- Integración de las enfermeras en los diferentes comité de apoyo técnico administrativo de la dirección de hospital relacionadas con:

Sistema de información

Sistema de evaluación

Estudio de costo beneficio.

Estudio de mercado.

- Establecer un sistema de supervisión por niveles de complejidad auxiliares de enfermería, enfermera de cuidado directo, enfermera jefe de servicio, Supervisión, jefe y sub jefe del departamento de acuerdo a conocimientos técnicos y científicos.
- Establecer un sistema de evaluación y retroalimentación en el ámbito de enfermería en el contexto del sistema de evaluación del hospital que facilite el mejoramiento de la calidad de atención, solucionando problemas, conflictos y crecimientos del personal.
- Realizar estudios de mercado para detectar necesidades del usuario interno y externo.
- Establecer un sistema de información gerencial para el departamento de enfermería y jefes de servicios que permita la toma de decisiones en forma oportuna con la participación activa en el proceso de fortalecimiento institucional del hospital logrando que cumpla con su misión.

PROPUESTA

Con el fin de conseguir la acreditación del departamento de enfermería, consideramos necesario iniciar un trabajo técnico sostenido y sustentado en la participación de los diferentes niveles de la institución y del conocimiento.

Para el efecto proponemos los indicadores de acreditación del departamento de enfermería, cuyo cumplimiento le permitiera ubicarse en el nivel de acreditación posible

INDICADORES DE ACREDITACION PARA EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO.

OBJETIVO: Orientar la gestión administrativa del departamento de enfermería para fortalecer la conducción eficiente de los sistemas técnicos - administrativo de la institución.

ITEMS	INDICADOR	NIVEL DE ACREDITACIÓN			OBSERVACIÓN
		I	II	III	
DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO	EXISTE DIAGNOSTICOP Y/O EVALUACIÓN	x	x	x	VERIFICAR LA EXISTENCIA DEL DIAGNOSTICO.
PLAN ANUAL.	EXISTE PLAN ANUAL ACORDE A LAS POLITICAS (DE ACUERDO A DIAGNOSTICO)	x	x	x	VERIFICAR LA EXISTENCIA, CONOCIMIENTO Y EJECUCION DEL PLAN ANUAL POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA. SE CUMPLEN CON EL 80% DE LAS METAS.
ORGANIZACION	EXISTENCIA DE NORMAS DE RECURSOS HUMANOS, INTERDEPARTAMENTALES, INSTITUCIONALES, TECNICAS Y DE MATERIAL. LA DISTRIBUCION DE PERSONAL DE ENFERMERIA SE AJUSTA A NORMAS TECNICAS.	x	x	x	VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y UTILIZACION EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES.
	TIENEN MANUALES DE: ORGANIZACION, PROCEDIMIENTOS, BIENVENIDA, CALIDAD.	x	x	x	REALIZAR PREGUNTAS DE CONTROL PARA ASEGURARSE EL PERSONAL CONOCE Y APLICA LOS CONTENIDOS DE LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS.
	EXISTEN PERFILES OCUPACIONALES DE LA JEFE DEL DEPARTAMENTO, SUB. JEFE, SUPERVISORAS, JEFE DE SERVICIOS, ENFERMERA DE CUIDADOS DIRECTOS Y AUXILIARES DE ENFER.	x	x	x	VERIFICAR LA EXISTENCIA DE MANUALES Y SU UTILIZACION. VERIFICAR LA EXISTENCIA Y APLICACION DE LOS PERFILES.

ITEMS	INDICADORES	NIVEL DE ACREDITACION			OBSERVACION
		I	II	III	
DIRECCION	EXISTEN PLAN DE EVALUACION DE DESEMPEÑO PARA NUEVO INGRESO. EXISTEN SISTEMA DE EVALUACION DE DESEMPEÑO PARAPERSONAS DE ENFERMERIA. EXISTE SISTEMA DE EVALUACION DE LA ADMINISTRACION. CUMPLIMIENTO DE BENEFICIO DE LEY. EXISTE PLANES DE EDUCACION PERMANENTE PARA EL PERSONAL DE ENFERMERAIA UTILIZACION ADECUADA DEL PERSONAL LUEGO DE LA EDUCACION. LA JEFE DEL DEPARTAMENTO Y LAS JEFES DE SERVICIOS REALIZAN REUNIONES MENSUALES, SEMESTRALES, ANUALES PARA EVALUACION. LA JEFE DEL DEPARTAMENTO Y JEFE DE SERVICIO PARTICIPAN EN EL CALCULO Y SELECCION DE EQUIPO, MOBILIARIO, MATERIALES E INSUMO. SE MOTIVA AL PERSONAL PARA MEJORAR EL SERVICIO, ENFERMERA EJERCE LIDERAZGOS. JEFE APLICA LA NEGOCIACION EN LA SOLUCION DE CONFLICTOS. EXISTE SUPERVISION EN LOS DIFERENTES TURNOS.	x	x	x	VERIFICAR LA EXISTENCIA DEL PLAN DE ORIENTACION PARA EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO. VERIFICAR LA EXISTENCIA DE FORMULARIO PARA LA EVALUACION DE DESEMPEÑO DEL PERSONAL Y LA ACTIVIDAD DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS BENEFICIOS DE LEY. VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE PROGRAMAS DE EDUCACION PERMANENTE. VERIFICAR EL CRONOGRAMA DE REUNIONES ANUALES Y PARTICIPAR EN ELLAS. VERIFICAR CON EL JEFE DE SERVICIO SU PARTICIPACION EN EL CALCULO Y SELECCION DE MATERIALES E INSUMO, EQUIPOS Y MOBILIARIOS. VERIFICAR LA EXISTENCIA DE INSTRUMENTOS DE MOTIVACION: MEMORANDUM DE FELICITACION, ASISTENCIA A EVENTOS.
		x	x	x	VERIFICAR RESOLUCION DE CONFLICTO SIN PERJUICIO A LA PERSONA E INSTITUCION. VERIFICAR LA EXISTENCIA DEL PLAN DE TRABAJO DE LA SUPERVISORA.
		x	x	x	
		x	x	x	
		x	x	x	
		x	x	x	
		x	x	x	
		x	x	x	
		x	x	x	
		x	x	x	
x	x	x			
CONTROL					

ITEMS	INDICADOR	NIVEL DE ACREDITACION			OBSERVACION
		I	II	III	
	EXISTEN MONITOREO DEL DESEMPEÑO PARA EL PERSONAL Y DE LOS PROCESOS TECNICOS DE ENFERMERIA. SE DISPONE DE ESTRATEGIA PARA CONOCER SATISFACCION DE USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.	x	x	x	VERIFICAR LOS REGISTROS DE SUPERVISION Y ENTREGA DE TURNO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS. VERIFICAR LOS INSTRUMENTOS Y RESULTADOS DE INVESTIGACION DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS.

ESTRATEGIAS:

- Establecer acuerdos intra y extra institucionales que ayuden al fortalecimiento de la institución y del departamento de enfermería.
- Conformar equipos para el desarrollo del proceso administrativo creando comités con poder y toma de decisiones para la realización de la propuesta.
- Promover reuniones con las autoridades de la institución para socializar la gestión administrativa de enfermería con los diferentes departamentos.
- Que la dirección de enfermería asuma el liderazgo diseñando o implementando políticas en materia y vinculando la enfermería con las metas generales de la organización.
- Establecer estrategias de negociación con las autoridades de la institución a fin de lograr mayor participación de la gestión en enfermería.
- Implementar un programa de capacitación de gestión administrativa para el personal de enfermería.
- Planificación estratégica para el inicio del proceso de acreditación.
- Motivar al personal de enfermería de la institución sobre la necesidad del desarrollo de gestión y liderazgo en enfermería para que participen activamente en el proceso de cambio.
- Elaborar un sistema de evaluación del desempeño del personal.
- Conformar la unidad técnica con los postgradista en gerencia de servicios de salud de la institución para la planificación, ejecución y evaluación de la educación permanente.
- Establecer sistemas de información y mantener redes de comunicación en enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- Arndt- Ahuckabay, Administración de Enfermería. teoría para la practica con un enfoque de sistema , de Carvajal primera edición 1.980.
- Balderas. Administración de los servicios de Enfermería . Editorial Interamericana tercera edición México 1.995.
- Barquin Manuel. Dirección de Hospitales , editorial Interamericana quinta edición México 1.985.
- Davis Fred R. El proceso de gerencia estratégica . Editorial Legis Editores S.A Colombia 1.991.
- Duncan Neuhausser. Funcionamiento de la Organizaciones para la Administración de la Salud
- ESPOL . Gerencia en servicios de Salud, foro internacional .Memorias Guayaquil 6 y 7 de Abril de 1.995.
- Gilmore Carol M. Manual de Gerencia de Calidad OPS/OMS. Fundación Kellog 1.996.
- Haraldk - Heink W. Administración , editorial M. Graw - Hill novena edición México 1.990.
- Malagon G. Galán R. Otra Administración Hospitalaria , Editorial Interamericana.
- MSP. Guía Metodología para la presentación de la Propuesta de Modernización Hospitalaria 1.997.
- OPS-OMS. Taller Organización y Gestión de Servicios de Enfermería . Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería Caracas 23-25 de abril de 1.996.
- OPS-OMS. Inicio del Proceso de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe . Enero 1.992.
- OPS-OMS. Manual de Recursos Humanos en Salud . Malik Anee. Serie Petex Vol. 1 N° 3 Washington 1.996.
- OPS-OMS. Manual de Administración de Recursos Materiales en Salud. Serie Peltex Vol. 1 N° 4 Washington 1.996.
- OPS-OMS. Taller Latinoamericano de Epidemiología Aplicada a los Servicios de Salud segunda edición 1.996.

- OPS-OMS. Secretaria Nacional de Salud, Manual de Acreditación de Hospitales de Bolivia segunda edición 1.996.
- OPS-OMS-MSP. Mejoramiento continuo de la calidad de los Servicios de Salud . Manual de participantes. Proyecto de garantía de calidad URC-AID.
- Peters Joseph P. El Proceso de Planificación Estratégica para Hospitales.
- Prette, Miller, Rafé, Hatzel. Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo Suiza 1.996.
- Sacoto Fernando. El Proyecto Moderno y La Reforma de la Atención de Salud en el Ecuador . Memorias del II foro internacional . El Hospital del siglo XXI Ecuador ESPAE 1.998 [20-4].
- Swieringa y Wierdsma. La Organización que Aprende . Adison -Wesley Iberoamericana . Editorial México, 1.995.
- Stoner Frecman . Administración .Editorial Preintice Hall Hispanoamericana sexta edición México 1.996.

ANEXOS

GLOSARIO:

ACREDITACION: Procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, periódicos y reservados, que tienden a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados.

ANALISIS: COSTO-BENEFICIO. Forma de comparar los costos y los beneficios de los planes.

ASESOR: En materia de calidad. Persona designada por el dirigente de más alto nivel en la organización para servir de punto focal y principal asesor en los asuntos relacionados con la calidad.

CALIDA TOTAL. Sistema estratégico integrado para lograr la satisfacción del cliente que abarca a todos los gerentes y empleados y utiliza métodos cuantitativos para mejorar continuamente los procesos de una organización.

CALIDAD GARANTIA DE: Subprograma de programación local de los servicios de salud que garantiza que cada paciente recibirá atención, diagnóstico y terapéutica específicamente indicada para alcanzar un resultado óptimo de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria.

CIRCULO DE CALIDAD: Grupos de estudio para el mejoramiento personal y de la calidad, compuesto de los trabajadores y del supervisor que actúa como líder.

CLIENTE: Cualquiera de las entidades o individuos para quien una organización o individuo suministra bienes o servicios. El cliente puede ser interno o externo.

CLIENTE EXTERNO: cliente Externo. Aquellos que usan el producto o el servicio suministrado por la organización, pero no son miembros de la organización que lo produce.

CLIENTE INTERNO: Los que reciben los efectos del producto o servicio y además son miembros de la organización que elaboran el producto o prestar el servicio.

CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN: Conjunto común de valores, creencias, actitudes, percepciones y comportamiento aceptados y compartidos por individuos de una organización.

Descripción o Perfil de cargo, funciones o puestas. La relación de tareas y deberes atribuidos a un individuo para el cual se exigen " Conocimientos " "habilitados " o "destrezas " "aptitudes " responsabilidades y requisitos mínimos.

DIAGNOSTICO: Es la actividad destinada a descubrir la causa de las fallas en la calidad.

EQUIPO DE TRABAJO: Es un grupo de personas que intercambian sus experiencias y opiniones, respetan sus roles y, funciones, para alcanzar un objetivo común al realizar una tarea conjunta.

ESTANDAR: Enunciado establecido por comité de expertos que definen la estructura, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad.

ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO: Sirve para indicar que no hay desviación con respecto a las exigencias validas del cliente, que hayan sido aceptadas por ambas partes.

EVALUACIÓN: Un proceso sistemático de recopilar y analizar datos para determinar la situación actual histórica o proyectada de una organización.

FACILITADOR: Una persona especialmente adiestrada que actúa como maestro, en un grupo, equipo u organización.

GESTIÓN DE LA CALIDAD: La Gestión de un proceso para lograr la máxima satisfacción del cliente al costo general más bajo para la organización.

INDICADOR: Una variable objetiva, bien definida, utilizada para contrastar la calidad y/o propiedad de un aspecto de la atención médica.

Es herramienta de mejoramiento de la calidad que se usa para vigilar la Calidad, para observación de los estándares de proceso o resultados importantes para la dirección del área clínica y de apoyo.

MEJORAMIENTO CONTINUO: Método para la gestión de la calidad que se apoya en los métodos tradicionales de aseguramiento de la calidad haciendo hincapié la necesidad de contar con datos objetivos que permitan estudiar y mejorar los procesos y en la idea de que los sistemas y el desempeño siempre pueden mejorar aún cuando se hayan satisfecho los estándares, patrones o normas altas.

MONITOREO: Proceso concebido para ayudar a las organizaciones y a sus componentes a emplear eficazmente sus recursos de evaluación y mejoramiento de la Calidad mediante la concentración en los aspectos de mayor prioridad para la Calidad de la atención.

NEGOCIACIÓN: Búsqueda de acuerdos que satisfagan a las partes.

NORMAS: Son las reglas generales para situaciones cotidianas que afectan las funciones del servicio a hospitales. Ninguna actividad administrativa puede procesarse sin el establecimiento de leyes, códigos o reglas, que sirvan de guía para decidir, monitorear y actuar.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA: El proceso mediante el cual una organización visualizada su futuro y formula estratégica especiales de Calidad y planes para lograr ese futuro.

POLÍTICA: Un plan de largo alcance para lograr las metas de una organización.

PROCEDIMIENTO: Es un conjunto de actividades de trabajos interrelacionados que se caracterizan por requerir ciertos insumos y tareas particulares que implican valor agregado con mira a obtener ciertos resultados.

RESULTADOS: Resultado de desempeño de una función o proceso. Productos, materiales, servicios o información suministradas a los clientes.

RECLUTAMIENTO: Significa teóricamente, buscar el trabajador que la organización necesita, donde este, e interesarlo en convertirse en miembros de ella.

SISTEMA: Un grupo de proceso y de personas interdependientes que cumplan una misión común.

SISTEMA, ANÁLISIS DE: Una red de operaciones interrelacionadas en el hospital para llevar a cabo una actividad. En cierto modo, es una aplicación más general del análisis de una operación o de un proceso en la que los elementos fundamentales se examinan para determinar sus repercusiones positivas o negativas sobre los puntos de decisión en el sistema.

SUPERVISIÓN: Es mirar como se ejecutan las actividades y corregirlas si es necesario. Es uno de los métodos de evaluación periódica que nos permite observar el orientarle si es necesario. No es un chequeo o una encuesta, es el único momento en que podemos observar la Calidad del proceso.

VISIÓN: Un enunciado amplio o decisión sobre la forma que quiere tener una organización.

Un estado ideal de ser en un momento futuro. Primer paso para implementar la Calidad en las instituciones.

ANEXO # 1

Participación de los jefes de Servicios en la adquisición del Recurso Humano

Actividades		Si		No	
		No	%	No	%
Planifica la adquisición personal		7	41	10	59
Participa del reclutamiento y selección del personal de enfermería	Interno	2	12	15	88
	Externo	--	--	17	100
Tiene perfiles Ocupacionales del Personal a su cargo		7	41	10	59
Tiene usted un plan de orientación al personal de nuevo Ingreso		1	6	16	94

ANEXO #2

Cumplimiento de beneficios de ley para el personal de enfermería por las jefes de Servicio

Beneficios	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Servicios Médicos	10	59	7	41
Servicios de Transporte	--	--	--	--
Maternidad	11	65	6	35
Horas de Lactancia	12	71	5	29
Servicios de Alimentación	7	41	10	59
Uniformes	4	24	13	76
Horas de estudio	6	35	11	65

ANEXO # 3

Programación de la Educación permanente por las jefes de Servicio

	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Elaborar presupuesto para Educación permanente	--	--	--	--
Determina Necesidad de Educación	7	41	10	59
Planifica la Educación Permanente	8	47	9	53
Utiliza el Recurso luego de la capacitación	5	29	12	71
Servicios de Alimentación	7	24	13	76
Considera horas de Capacitación según Nivel de Personal.	4	24	13	76
Evalua los resultados de la Educación Permanente	3	18	14	82

ANEXO # 4
Participación de las jefes de Servicios

	EQUIPOS				MOBILIARIO				MATERIAL E INSUMO			
	Siempre		Ocasional		Siempre		Ocasional		Siempre		Ocasional	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Calculo	5	29	4	24	5	29	5	29	6	35	7	41
Selección	4	24	5	29	4	24	5	17	4	24	5	29
Normatización para el:	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Uso	1	6	5	29	1	6	5	29	1	6	6	35
Mantenimiento	2	12	6	35	--	--	7	41	--	--	8	47

ANEXO # 5
Existencia de Normas

Personal Normas	(17) Jefe de Servicio		(48) Enfermeras		(62) Auxiliares Enf.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Técnica	6	35	25	52	44	71
Recursos Humanos	2	17	5	10	6	10
Interdepartamental	0	--	5	10	10	16
Institucional	1	6	4	8	9	15
Material	3	18	12	25	13	21

ANEXO # 6
Conocen de normas (leído)

Personal Normas	(17) Jefe de Servicio		(48) Enfermeras		(62) Auxiliares Enf.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Técnica	6	35	21	44	7	11
Recursos Humanos	2	17	4	8	5	8
Interdepartamental	0	--	2	4	2	3
Institucional	0	--	1	2	5	8
Material	3	18	4	8	4	6

ANEXO # 7

Vigencia de Normas

Personal Normas	(17) Jefe de Servicio		(48) Enfermeras		(62) Auxiliares Enf.	
	N°	%	N°	%	N°	%
Técnica	5	29	21	44	27	44
Recursos Humanos	1	6	4	8	6	10
Interdepartamental	0	--	2	4	9	15
Institucional	0	--	1	2	7	11
Material	3	18	7	15	11	18

ANEXO # 8

Utilidad

Personal Normas	(17) Jefe de Servicio		(48) Enfermeras		(62) Auxiliares Enf.	
	N°	%	N°	%	N°	%
Técnica	6	35	18	38	24	39
Recursos Humanos	1	6	2	4	6	10
Interdepartamental	0	--	2	4	9	15
Institucional	0	--	1	2	7	11
Material	3	18	4	8	10	16

ANEXO # 9

Difusión de las Normas en los Servicios

Personal Normas	(17) Jefe de Servicio		(48) Enfermeras		(62) Auxiliares Enf.	
	N°	%	N°	%	N°	%
Técnica	6	35	19	40	30	48
Recursos Humanos	2	12	3	6	6	10
Interdepartamental	0	--	3	6	11	18
Institucional	0	--	1	2	7	11
Material	3	18	5	10	11	18

ANEXO # 10
Existencia de Manuales en los Servicios de
Enfermería

Personal Normas	(17)		(48)		(62)	
	Jefe de Servicio		Enfermeras		Auxiliares Enf.	
	Si	%	Si	%	Si	%
Descripción de Puesto	1	6	10	21	14	23
Procedimiento Técnicos	5	29	24	50	17	27
Bienvenida	0	--	3	6	1	2
Organización	0	--	4	8	5	8
Administración	2	12	4	8	4	6
Calidad	0	--	4	8	5	8

ANEXO # 11
Conocimiento sobre los manuales en los Servicios de
Enfermería

Personal Normas	(17)		(48)		(62)	
	Jefe de Servicio		Enfermeras		Auxiliares Enf.	
	Si	%	Si	%	Si	%
Descripción de Puesto	2	12	4	8	7	11
Procedimiento Técnicos	4	24	12	25	5	8
Bienvenida	0	--	0	--	2	3
Organización	0	--	0	--	5	12
Administración	1	6	0	--	4	6
Calidad	0	--	1	2	0	--

ANEXO # 12
Vigencia de los manuales en los Servicios de
Enfermería

Personal Normas	(17)		(48)		(62)	
	Jefe de Servicio		Enfermeras		Auxiliares Enf.	
	Si	%	Si	%	Si	%
Descripción de Puesto	2	12	4	8	7	11
Procedimiento Técnicos	4	24	10	21	18	29
Bienvenida	0	--	0	--	2	3
Organización	0	--	0	--	5	8
Administración	1	6	0	--	4	6
Calidad	0	--	1	2	5	8

ANEXO # 13

Utilización de los Manuales en los Servicios de Enfermería

Personal Normas	(17) Jefe de Servicio		(48) Enfermeras		(62) Auxiliares Enf.	
	Si	%	Si	%	Si	%
Descripción de Puesto	2	12	4	8	7	11
Procedimiento Técnicos	4	24	9	19	12	19
Bienvenida	0	--	0	--	2	3
Organización	0	--	0	--	5	8
Administración	2	12	0	--	4	6
Calidad	0	--	0	--	0	--

ANEXO # 14

Disfusión de los Manuales en los Servicios de Enfermería

Personal Normas	(17) Jefe de Servicio		(48) Enfermeras		(62) Auxiliares Enf.	
	Si	%	Si	%	Si	%
Descripción de Puesto	2	12	3	6	8	13
Procedimiento Técnicos	4	24	12	25	9	15
Bienvenida	0	--	0	--	2	3
Organización	0	--	0	--	5	8
Administración	2	12	0	--	4	6
Calidad	0	--	1	2	0	--

ANEXO # 15
El Personal de Enfermería Tiene:

	Jefe de Servicio		Enfermeras de cuidado directo		Auxiliares Enf.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Asignadas las funciones y Actividades de:	17	100	13	76	13	76
Delagada Autoridad para efectuar su trabajo	17	100	12	71	11	65

ANEXO # 16
Preguntas a las enfermeras sobre asignación de funciones y actividades de:

	Enfermeras de cuidado Directo		Auxiliares de enfermería			
	Nº	%	Nº	%		
Asignadas las funciones y Actividades de:	34	71	39	81		
Delagada Autoridad para efectuar su trabajo	34	71	27	56		

ANEXO # 17
Estilos de Liderazgo de los Jefes de Servicios

	Autorit		Demost. Particip		Nº Cant	
	#	%	#	%	#	%
El departamento de enfermería tiene la	--	--	15	88	2	12
Cuanta libertad sienten para hablar con sus	8	47	8	47	1	6
Con qué frecuencia se buscan y usan	4	23	11	65	2	12
Predominante se utiliza: 1miedo. 2Amenaza 3. Castigos. 4	4	23	10	59	3	18

ANEXOS # 18

Acciones de las Jefes de Servicios frente a los conflicto

	Si		No		No Contest.		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
3.1 PREVENIRLOS								
Facilita la comunicación	11	65	4	23	2	12	17	
Organiza reuniones periódicas	9	53	6	35	2	12	17	
Permite a cada uno que exprese su punto de vista	10	59	5	29	2	12	17	
Compartir Decisiones de trabajo	8	47	7	41	2	12	17	
No abarca actividades que no son de su compet.	2	12	13	76	2	12	17	
Mantiene retransformac. Oral y escrita	5	29	10	59	2	12	17	
3.2 EVITAR FAVORITISMO								
Distrib. Equitativa de trabajo	13	76	2	12	2	12		
Estimula. Promueve según resultado de trabajo. Apoya a todo el personal	4	24	11	65	2	12		
Evita comparar trabajo entre el personal	8	47	7	41	2	12		
Evita criticar al personal frente a sus colegas y usuarios.	7	41	8	47	2	12		
3.3. RESOLUCIÓN								
Cuando surgen conflictos. Resuelve el conflicto con los implicados	8	47	7	41	2	12		
Resuelva sola	7	41	11	65	2	12		
Deriva el Problema al departamento Legal.	2	12	13	76	2	12		
Pide una Descrip. Del hecho	5	29	10	59	2	12		
Realiza diagnós. De Conflicto	4	24	11	65	2	12		
Selecciona Alternativas	7	41	8	47	2	12		
Ejecuta Solución	4	24	11	65	2	12		
Evalua Solución	3	18	12	71	2	12		

ANEXO # 19

Acciones de las Enfermeras Jefes de Servicio para la Motivación del personal

Acciones	Si		No		A veces		No. Cont.	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Hacer conocer las funciones y Actividad que la Institución espera que cumpla c/u	12	71	1	6	2	12	2	12
Hacer sentir al Personal cuan importante es para la Institución.	10	59	3	18	2	12	2	12
Ud. se preocupa de las condiciones de trabajo: Saniamiento iluminación y ventilación	9	53	1	6	5	29	2	12
Ud. se preocupa de que los Salarios sean a tiempo, de acuerdo a su rendimiento, Crear estímulo pecunarios.	2	12	13	76	—	—	2	12

ANEXO # 20

Como el Personal recibe comunicación del Departamento de Enfermería

	Sup.	Jefe Servicio	Enfermería		auxiliar Enfermería	
			#	%	#	%
Oral	0	0	14	29	23	37
Oral - Escrito	6 - 100	17 100	32	67	28	75
No se comunico	0	0	2	4	11	18

ANEXO # 21

El Personal de Enfermería comunica con el Departamento de Enfermería

	Sup.	Jefe Servicio	Enfermería		auxiliar Enfermería	
			#	%	#	%
Oral	0	0	26	54	23	53
Oral - Escrito	6 - 100	17 100	--	--	24	39
No se comunico	0	0	22	46	9	16

ANEXO # 22

Convocatoria a personal de enfermería y auxiliares por las jefes de Servicio

Contestan jefes de cómo convocan

Personal \ Periodo	(48) Enfermeras		(62) Auxiliares Enf.	
	Si	%	Si	%
	Mensual	3	18	3
Trimestral	5	29	2	12
Semestral	1	6	0	--
Anual	1	6	1	6
No convoca	7	41	11	64

ANEXO # 23

Convocatoria a Reunión a Enfermeras Constestan Enfermera de cómo son convocadas

Personal \ Periodo	Jefe del Depart. Enf.		Jefe de Docencia		Jefe de Servicio	
	Si	%	Nº	%	Nº	%
Mensual	2	4	--	--	16	33
Trimestral	5	10	1	2	16	33
Semestral	5	10	1	2	6	13
Anual	17	35	1	2	2	4
Desconoce si convoco, no convoco	19	40	45	94	8	16

ANEXO # 24
Convocatoria a reunión a las Auxiliares de Enfermería

Personal Periodo	Jefe de Servicio		Jefe de Docencia		Jefe de Servicio	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mensual	2	3			16	26
Trimestral	5	8	1	2	16	26
Semestral	5	8	1	2	6	10
Anual	17	27	1	2	2	3
No convoca	33	53	59	95	22	35

ANEXO # 25

Motivos por las que realizan las reuniones las jefes de Servicio

Personal Motivos	(17) Jefe de Servicio		(48) Enfermeras		(62) Auxiliares	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Detectar problemas y/o Necesidades de personal	11	65	36	75	53	85
Detectar problemas y/o Necesidades de Servicio	13	76	39	81	60	97
Para Informar: Estrategias de Organizar	6	35	21	44	29	47
Desarrollo de Planes	6	35	24	50	32	52
Producción Hospitalaria	5	29	13	27	16	26
Resultados Supervisión	4	24	16	33	21	34
Resultados Evaluación	4	24	--	--	14	23

ANEXO # 26

La Supervisión se realiza Para:

Personal Motivos	Jefe de Servicio		Enfermera de cuidado Directo		Auxiliares de Enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Motivar al personal	3	18	7	14	14	22
Controlar calidad de Atc.	7	41	21	44	32	52
Retroinformar	2	12	13	27	26	42
Detectar Necesidades Capacit.	5	29	6	12	13	21
Reorganizar trabajo	11	65	17	35	30	48
Pesquizaje	8	47	24	50	28	45

ANEXO # 27

Técnicas de Supervisión del Departamento de Enfermería

Personal Técnicas	Jefe de Servicio		Enfermera de cuidado Directo		Auxiliares de Enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Observación directa	15	88	37	77	21	34
Dialogo de Personal	10	58	21	44	7	11.2
Dialogo con los Usuarios	5	29	10	21	12	19
Revisión de Información	2	12	5	10	9	14
Control de Logística	0	0	3	6	7	11.2
Capacitación continua	0	0	3	6	3	5

ANEXO # 28
Estilo de Supervisión Autoritaria

Personal Parametros	Jefe de Servicio		Enfermera de cuidado Directo		Auxiliares de Enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Impositiva	5	29	19	39	21	34
Ordenada	4	23	6	12	7	11
Impone criterio	1	6	3	6	2	3
No delega responsabilidad	3	18	10	21	9	14
Toma de decisiones unilaterales	2	12	1	2	7	11
Capacita al personal	2	12	7	14	3	5
Es desmotivante	2	12	5	10	6	10

ANEXO # 29
Estilo de Supervisión Participativa

Personal Parametros	Jefe de Servicio		Enfermera de cuidado Directo		Auxiliares de Enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Logra la Participación			9	18	20	32
Permite el Dialogo	7	41	28	58	46	74
Da confianza	5	29	20	42	39	63
Permite Desarrollo Personal	--		1	2	10	16
Integra al Equipo	3	18	5	10	22	35
Escucha opiniones	6	35	24	50	38	61
Decisiones en Equipo	2	12	8	17	17	27
Orienta, Motiva y Apoya	2	12	3	6	22	35

ANEXO # 30

Frecuencia de la Supervisión

Personal Frecuencia	Jefe de Servicio		Enfermera de cuidado Directo		Auxiliares de Enfermería	
	N°	%	N°	%	N°	%
Semanal	2	11.7	--		--	
Trimestral	1	5.8	--		--	
Mensual	1	5.8	--		--	
Anual	1	5.8	1	2	--	
Diaria	4	23.5	7	14.5	17	27.4
Por turno	7	41.1	41	85.4	44	79.9

ANEXO # 31
Existencia de Sistemas de Evaluación del
Departamento y los Servicios de Enfermería

Personal Area	Jefe de Servicio		Enfermeras		Auxiliares de Enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Departamento de Enfermería	--	--	4	8	2	3
Servicios de Enfermería	--	--	40	83	44	71

ANEXO # 32
Técnicas de Evaluación

Personal Técnicas	Jefe de Servicio		Enfermera de cuidado Directo		Auxiliares de Enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Entrevistas	--	--	6	13	14	23
Reuniones	--	--	6	13	3	5
Observaciones	--	--	13	27	12	19
Educación	--	--	--	--	--	--
Indirecta	--	--				
Revisión de Documentos	--	--	3	6	3	5
Planes	--	--	2	4	1	2
Datos Estadísticos	--	--	--	--	1	2

ANEXO # 33
Frecuencia de la Evaluación

Personal Frecuencia	Jefe de Servicio		Enfermera de cuidado Directo		Auxiliares de Enfermería	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mensual	--	--	1	2	2	3
Trimestral	--	--	3	6	2	3
Semestral	--	--	32	67	3	5
Anual	--	--	--		33	5

ANEXO # 34

Satisfacción del Personal de Enfermería

Personal	Jefe de Servicio		Enfermera de cuidado Directo		Auxiliares de Enfermería	
	Si	%	Si	%	Si	%
Esta usted satisfecha con el trabajo que realiza	9	53	43	89	57	92
Cree usted que le da mas a al Institución de lo que	14	82	33	69	48	77
Esta Ud. satisfecha con lo que le ofrece la institución	1	6	3	6	35	56

ANEXO # 35

Satisfacción de los Usuarios

	Excelente		Bueno		Deficiente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El trato que Ud. ha recibido del personal de enfermería	22	41	32	59	--	--
La atención Profesional ha sido	22	41	32	59	--	--